

HIPAA – Formulario de Consentimiento Para El Paciente

El departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una “Regla de Privacidad” para asegurarse que su información personal médica sea protegida para su privacidad. La Regla de Privacidad también fue creada para proveer un nivel de calidad para que ciertos Personales de Salud puedan obtener el consentimiento de los pacientes y para obtener acceso a información medica sobre el paciente, realizar tratamiento, y obtener pago para servicios sanitarios.

Queremos informarle a nuestros pacientes que respetamos la privacidad de sus documentos dentales y haremos todo lo posible para protegerlos. Siempre tomaremos precauciones para proteger su privacidad. En casos apropiados y necesarios compartiremos un mínimo de información con personas que necesitan información relacionada a su atención medica, tratamiento, o cuestiones de pago, para proveerle tratamiento médico para su beneficio propio.

También queremos informarle que apoyamos acceso completo a sus documentos dentales. En ciertos casos será necesario compartir información médica con terceros (como laboratorios que interactúan con doctores pero no pacientes), posiblemente será necesario revelar información personal para propósitos médicos, medios e pago, o autoridades medicas. La mayoría de las veces estas entidades no requieren el consentimiento del paciente.

El paciente puede optar a negar el consentimiento o uso de su información personal, pero debe ser escrito. Bajo esta ley tenemos derecho a negarle tratamiento si usted decide negarnos consentimiento para divulgaciones de su información médica. Si opta por dar consentimiento en este documento, en una próxima ocasión podrá negarse compartir su información médica. No podrá revocar acciones pasadas por cuales su consentimiento firmado fue obtenido.

Si tiene alguna objeción con este formulario, por favor dirijase al Oficial de Conformidad de HIPAA. Posiblemente tendrá derecho a revisar nuestro aviso de privacidad, pedir restricciones y revocar consentimiento (debe ser escrito), después de revisar nuestro aviso de privacidad.

Nombre del Paciente: _____

Padre/Madre/Tutor Legal

Firma

Fecha

Aviso de Conformidad a Nuestros Pacientes

Estimados Pacientes:

El uso incorrecto de información médica es un problema nacional que causa incomodidades, fastidios y cuesta dinero a los pacientes. Queremos que nuestros pacientes sepan que nuestros empleados, gerentes y doctores son continuamente entrenados para comprender y obedecer con las reglas y las normas del gobierno sobre HIPAA con énfasis en la “Ley de Privacidad.” Nos esforzamos a alcanzar el nivel más alto de ética e integridad en nuestros servicios.

Determinar usos apropiados de su información médica es parte de nuestra política en acuerdo a las leyes, reglas, y normas del gobierno. Queremos asegurarnos que nuestro consultorio nunca contribuirá al problema nacional del uso incorrecto de información médica. Como parte de este plan, hemos implementado un plan de conformidad que nos ayudara a prevenir el uso inapropiado de su información.

¡Reconocemos que no somos perfectos! Por eso, nuestra política incluye prestar atención a nuestros pacientes y empleados sin que teman ser castigados si sienten que algún acontecimiento arriesgaría nuestra regla de privacidad. Además, solicitamos su colaboración con cualquier problema de servicio para remediar la situación sin demora.

Gracias por ser unos de nuestros estimados pacientes.

Paciente

Fecha

Empleado