



FORMULARIO DE COMUNICACIÓN HIPAA DEL PACIENTE
Divulgación a uno mismo y a los demás

Nombre del paciente: _____ ID del paciente: _____

A. Pacientes de Atlanta Perinatal Associates: La política de la oficina de MIND es no divulgar información médica confidencial con respecto a su tratamiento a familiares o amigos, excepto (i) otras personas autorizadas por el paciente, (iii) como podemos deducir razonablemente de las circunstancias (por ejemplo, si lleva a un familiar o amigo a la sala de examen, asumiremos, a menos que tenga una objeción, que la persona tiene derecho a recibir información sobre su tratamiento), (iv) en situaciones de emergencia, o (v) según lo permita la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico de 1996 (HIPAA). Si anticipa que necesitará o desea que se proporcione su información médica a familiares, amigos o cuidadores, indíquelo a continuación para que podamos brindarle el mejor servicio. Al firmar a continuación, usted autoriza a las siguientes personas a recibir la información solicitada, con respecto a su cuidado y tratamiento. Las actualizaciones de este formulario deben hacerse en persona.

Nombre del paciente	Relación	Teléfono
Nombre del paciente	Relación	Teléfono
Nombre del paciente	Relación	Teléfono

A. COMUNICACIÓN ALTERNATIVA: Deseo ser contactado de la siguiente manera.
(marque todo lo que corresponda)

Teléfono de casa _____ Celular _____

_____ Está bien dejar un mensaje con detalles _____ Está bien dejar un mensaje con detalles
_____ Deje solo un número de devolución de llamada _____ Deje solo un número de devolución de llamada

Teléfono de trabajo _____ Comunicación escrita:
_____ Está bien dejar un mensaje con detalles _____ Está bien para enviar por correo a la dirección particular

_____ Deje solo un número de devolución de llamada Portal del paciente Si o no

X _____

Firma del paciente o representante Relación con el paciente Fecha