



Atlanta Perinatal Associates

FORMULARIO DE COMUNICACIÓN HIPAA PARA PACIENTES Divulgación a sí mismo y a otros

Nombre del paciente: _____ Identificación del paciente: _____

A. Pacientes de Atlanta Perinatal Associates: Es política de la oficina de **MIND** no divulgar información médica confidencial sobre su tratamiento a familiares o amigos, excepto (i) otras personas autorizadas por el paciente, (iii) como razonablemente podemos deducir de las circunstancias (por ejemplo, si lleva a un familiar o amigo a la sala de examen, asumiremos, a menos que se oponga, que la persona tiene derecho a recibir información sobre su tratamiento), (iv) en situaciones de emergencia o (v) según lo permitido por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA).

Si anticipa que necesitará o desea que se brinde su información médica a miembros de su familia, amigos o cuidadores, indíquelo a continuación para que podamos brindarle un mejor servicio. Al firmar a continuación, autoriza a las siguientes personas a recibir información según lo solicitado, con respecto a su atención y tratamiento. Las actualizaciones de este formulario deben hacerse en persona.

Nombre Relación Teléfono

Nombre Relación Teléfono

Nombre Relación Teléfono

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

Teléfono de casa _____

Teléfono celular _____

Está bien dejar un mensaje con detalles

Está bien dejar un mensaje con detalles

Dejar solo un número de devolución de llamada

Dejar solo un número de devolución de llamada

Teléfono de trabajo _____

Comunicación escrita

Está bien dejar un mensaje con detalles

bien enviar por correo a la dirección de casa

Deje solo un número de devolución de llamada

Portal del paciente Sí o No

X _____

Firma del paciente o representante

Relación con el paciente

Fecha