

TEXAS CARDIAC ARRHYTHMIA FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE, SEGÚN LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD (HIPAA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Aviso sobre privacidad clínica/del consultorio.

_____ (Iniciales del paciente/representante) Reconozco que he recibido el Aviso sobre privacidad clínica/del consultorio, que describe las formas en que el consultorio/la clínica podrá usar y divulgar mi información de atención médica para su tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos. Entiendo que puedo comunicarme con el Funcionario de Privacidad designado en el aviso si tengo alguna pregunta o queja. Entiendo que esta información puede ser divulgada electrónicamente por el prestador o por sus socios comerciales. En la medida en que lo permita la ley, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información para los propósitos descritos en el Aviso sobre privacidad clínica/del consultorio.

Divulgación a amigos y/o miembros de la familia

¿DESEA DESIGNAR A UN MIEMBRO DE SU FAMILIA O A OTRA PERSONA CON QUIEN EL PRESTADOR PODRÁ ANALIZAR SU AFECCIÓN MÉDICA? SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿A QUIÉN?

Doy permiso para que mi información protegida de salud sea divulgada con el propósito de comunicar resultados, conclusiones y decisiones de atención a los miembros de la familia y a otras personas que se indican a continuación:

	Nombre	Vínculo	Número de contacto
1:			
2:			
3:			

El paciente/representante puede revocar o modificar esta autorización específica, y tal revocación o modificación deberá hacerse por escrito.

Consentimiento para fotografiar o realizar otras grabaciones para operaciones de seguridad y/o atención médica

Brindo mi consentimiento _____ (Iniciales del paciente/representante) para que se tomen fotografías, se realicen grabaciones digitales o de audio, o para que se registren imágenes de mi persona por razones de seguridad, de atención al paciente y/o por razones de operaciones de atención médica del consultorio/la clínica (por ejemplo, actividades de mejora de calidad). Entiendo que la clínica conservará los derechos de propiedad de las imágenes o grabaciones. Se me permitirá solicitar acceso a o copias de las imágenes y/o grabaciones cuando sea tecnológicamente factible, a menos que esté prohibido por ley. Entiendo que estas imágenes y/o grabaciones serán protegidas y guardadas de forma segura. Las imágenes o grabaciones en las que estoy identificado no serán divulgadas ni utilizadas sin una autorización específica por escrito mía o de mi representante legal, a menos que esté de otro modo permitido o sea exigido por ley.

-O-

No brindo mi consentimiento _____ (Iniciales del paciente/representante) para que se tomen fotografías, se realicen grabaciones digitales o de audio, ni para que se registren imágenes de mi persona por razones de seguridad, de atención al paciente o de operaciones de atención médica del consultorio/la clínica (por ejemplo, actividades de mejora de calidad).

Consentimiento para el uso de correo electrónico, teléfono celular o mensajes de texto para recordatorios de citas y otras comunicaciones de atención médica:

Queremos estar conectados con nuestros pacientes. Los pacientes de nuestro consultorio/nuestra clínica podrán ser contactados por correo electrónico, llamadas a su teléfono celular (incluidos mensajes pregrabados/de voz artificial y/o llamadas de un dispositivo de marcación automática) y/o mensajes de texto para confirmar una cita, para recibir comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica y para recibir recordatorios/información general sobre salud. Si en algún momento, usted proporciona una dirección de correo electrónico, un número de teléfono celular, una dirección o un número para mensajes de texto, a continuación, usted entiende que podrá recibir estas comunicaciones del consultorio/de la clínica. Usted podrá rechazar estas comunicaciones en cualquier momento (consultar la página siguiente). El consultorio/la clínica no cobra por este servicio, pero se podrán aplicar las tarifas de mensajes de texto estándar o de minutos de teléfono celular, según los brinde su plan inalámbrico (comuníquese con su proveedor para conocer planes y detalles sobre precios).

Autorizo para recibir mensajes de texto con recordatorios de citas, comentarios y recordatorios/información de salud en general es y **el número de teléfono celular que es** _____.

Autorizo para recibir mensajes de correo electrónico con recordatorios de citas y recordatorios/comentarios/información general sobre salud y **el correo electrónico que es** _____.

-O-

No acepto _____ (Iniciales del paciente/representante) recibir comunicación por mensajes de texto.

No acepto _____ (Iniciales del paciente/representante) recibir comunicación a través de llamadas al teléfono celular.

No acepto _____ (Iniciales del paciente/representante) recibir comunicación por correo electrónico.

Nota: Esta clínica usa una Historia clínica electrónica que actualizará todos sus datos demográficos y consentimientos con la información que usted acaba de proporcionar. Tenga en cuenta que esta información también se actualizará para su conveniencia en todas nuestras clínicas afiliadas que compartan una historia clínica electrónica con la que usted esté relacionado.

Divulgación de información.

Por medio del presente, permito que el consultorio/la clínica y los médicos u otros profesionales de la salud involucrados en la atención de pacientes hospitalizados o ambulatorios divulguen información de atención médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

- La información de atención médica relativa a servicios anteriores prestados por otros prestadores afiliados a HCA podrá ponerse a disposición de posteriores prestadores afiliados a HCA para coordinar la atención. La información de atención médica podrá ser divulgada a cualquier persona o entidad responsable de realizar pagos en nombre del paciente, con el fin de verificar la cobertura o aclarar preguntas acerca de los pagos, o para cualquier otro propósito relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también puede ser divulgada a la persona designada por mi empleador cuando los servicios prestados estén relacionados con una reclamación de indemnización por accidente de trabajo.
- Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de la información de atención médica a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o compañías aseguradoras para el pago de una reclamación de Medicare o a la agencia estatal apropiada para el pago de una reclamación de Medicaid. Esta información puede incluir, entre otros, antecedentes y registros físicos de emergencia, informes de laboratorio, informes operativos, notas de progreso del médico, notas del enfermero, consultas, informes psicológicos y/o psiquiátricos, tratamientos por abuso de drogas y alcohol, y resúmenes de alta médica.
- Las leyes federales y estatales podrán permitir que este centro participe en organizaciones con otros prestadores de atención médica, compañías aseguradoras u otros participantes de la industria de la atención médica y sus subcontratistas, para que estas personas y entidades compartan mi información de atención médica entre sí para lograr objetivos que pueden incluir, entre otros, mejorar la exactitud y aumentar la disponibilidad de mis historias clínicas, disminuir el tiempo necesario para acceder a mi información, agregar y comparar mi información con fines de mejora de la calidad, y otros propósitos permitidos por ley. Entiendo que este centro podrá ser miembro de una o más de tales organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información sobre afecciones psicológicas, afecciones psiquiátricas, afecciones de discapacidad intelectual, información genética, afecciones de dependencia química o enfermedades infecciosas incluidas, entre otras, enfermedades de transmisión sanguínea, tales como VIH y SIDA.

Retiro de órdenes de recetas. Es posible que algunas veces necesite que un amigo o familiar retire una orden de receta (comprobante) del consultorio de su médico. Para que podamos entregar una receta a su familiar o amigo, será necesario contar con un registro de su nombre. Para que se le entregue el comprobante de la receta, la persona designada por usted deberá firmar y presentar una identificación válida con fotografía.

Deseo ____ (Iniciales del Paciente/Representante) designar a la siguiente persona para que retire una orden de receta en mi nombre:

Nombre: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

No deseo ____ (Iniciales del paciente/representante) designar a nadie para retirar mi orden de receta.

Firma del paciente/padre/tutor/representante del paciente _____ **Fecha:** _____

Nombre (en letra imprenta) del paciente/padre/tutor/representante del paciente _____

Nombre del paciente (en letra imprenta): _____ **Fecha de nacimiento:** _____

.....

Solo si ha brindado previamente su consentimiento para recibir comunicación por mensaje de texto/llamada a teléfono celular/correo electrónico y desea retirar el consentimiento Rechazo/Revocación de comunicaciones por correo electrónico y/o mensajes de texto o llamadas a teléfono celular. En otras palabras, no deseo que mi dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil se sigan utilizando para las comunicaciones mencionadas anteriormente.

___ Por el presente, revoco mi solicitud para recibir cualquier recordatorio sobre citas, comentarios e información médica en general por **mensajes de texto.**

___ Por este medio, revoco mi solicitud para recibir cualquier recordatorio sobre citas, comentarios e información médica en general mediante **llamadas a teléfono celular.**

___ Por el presente, revoco mi solicitud para recibir cualquier recordatorio sobre citas, comentarios y salud en general a través de **correo electrónico.**

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente/representante del paciente: _____

Fecha: _____ Hora: _____