

UROLOGIC SPECIALISTS

HIPAA Cuestionario

Fecha: _____

Numero de cuenta #: _____

Nombre Del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

***Como le gustaria que lo contactemos sobre su cita(s)**

Casa _____ Trabajo _____ Número Alternativo _____

Podríamos dejar mensaje de voz? Si _____ No _____

***Cómo prefiere que nos contactemos al respecto de sus resultado(s)?**

Casa _____ Trabajo _____ Número Alternativo _____

Podríamos dejar mensaje de voz? Si _____ No _____

*** Con quién podemos hablar con respecto a su información? Sposo(a), miembro de la familia, cuidador, etc?**

Nombre, Dirección, Teléfono

Relación

Por favor especifique lo que podemos compartir:

_____ Información de citas _____ Factura _____ Resultados

_____ Otro(a): _____

*** Esta autorización vencerá (debe elegir una):**

_____ 12 meses desde la fecha de la firma

_____ Hasta que sea revocado

Derecho a revocar

Entiendo que esta autorización es voluntaria. Puedo cambiar esta autorización en cualquier momento escribiendo a la dirección indicada en la parte superior de este formulario. Puedo cambiar esta autorización en cualquier momento escribiendo a la dirección indicada en la parte superior de este formulario. Entiendo que no puedo restringir la información que ya se haya compartido según esta autorización

TENGA EN CUENTA: Este formulario no sirve como un lanzamiento de registro médico. Para copias de sus registros médicos o para divulgar sus registros a una tercera parte, deberá completar un Formulario de divulgación médica.

Firma (Paciente or Representante Legal)

Fecha

Nombre Impreso (Paciente or Representante Legal)