

FORMULARIO DE HIPAA

CONSENTIMIENTO

Consentimiento para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica

El consentimiento para el uso o la divulgación de mi información de salud protegida por AACR con el fin de diagnosticar o proporcionar tratamiento a mí, obtener el pago para mis facturas de atención de salud o para llevar a cabo operaciones de atención médica de AACR. Tengo entendido que diagnóstico o tratamiento de mí por AACR puede estar condicionado al mi consentimiento evidenciada por mi firma en este documento.

Entiendo que tengo el derecho a solicitar una restricción en cuanto al cómo mi información de salud protegida se utiliza o divulga para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica de la práctica. AACR no es necesario ponerse de acuerdo a las restricciones que permito solicitar. Sin embargo, si AACR acepta una restricción que solicito, la restricción es vinculante sobre AACR y William A. Lanting MD.

Tengo el derecho a revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que AACR ha tomado medidas en la Dependencia de este consentimiento.

Mi "información de salud protegida" significa la información de salud, incluyendo mi información demográfica, recopilada de mí y creado o recibido por mi médico, otro proveedor de atención médica, un plan de salud, mi empleador o un centro de atención de salud. Esta información de salud protegida se refiere a mi pasado, presente o futura salud física o mental o condición y me identifica, o hay una base razonable para creer la información mi identificarme.

Entiendo que tengo derecho a revisar AACR, aviso de política de privacidad previo a su firma de este documento. Me ha proporcionado la AACR, el aviso de la política de privacidad. El aviso de la política de privacidad describe los tipos de usos y revelaciones de mi información de salud protegida que se producirán en mi tratamiento, el pago de mis facturas o en el desempeño de las operaciones de atención de salud de la AACR. Aviso de las políticas de privacidad para AACR, también se proporciona en 2121 e. Harmony Rd, Fort Collins CO suite 310 o 1175 58th Avenue suite 101, Greeley CO. Este aviso de política de privacidad también describe mis derechos y deberes de la AACR con respecto a mi información de salud protegida.

AACR reserva el derecho a cambiar las políticas de privacidad que se describen en el anuncio de la política de privacidad. Me permito llame a la Oficina y solicitar enviarse una copia revisada para mí en el correo o pidiendo uno en el momento de mi próxima cita.

Firma del paciente o Guardian

Fecha

Nombre del paciente o Guardian

