



Jesse Eisenman, M.D. | Richard Eisenman, M.D. | Cathia Rene, M.D.

Y. Joseph Usta, M.D. | Walisbeth Class-Vázquez, M.D., | José Meléndez, M.D.

Phone: 561.753.7487 Fax: 561.753.8161

HIPAA RECONOCIMIENTO DE LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE

Confirmando que he recibido :

- HIPAA Aviso Privacidad

La persona o personas que me ayudaron a completar mi proceso de registro me han explicado que : Tengo que leer la información contenida en estos documentos, y pedir a mi proveedor de servicios de salud si necesito ayuda para comprender mis derechos, o si me gustaría una explicación más detallada de estos materiales.

Me han dicho :

- Que estos materiales son para informarme de mis derechos de privacidad como paciente.
- HIPAA el Aviso que he recibido indica que mi información de salud protegida (ISP) se usa y se divulga por mi médico y su personal en la rutina de actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención de salud.
- Antes de cualquier otro uso o divulgación de mi información de salud protegida se me pedirá una autorización escrita por mí.

Me han dicho que tengo el derecho :

- A COMUNICACIONES CONFIDENCIALES
- A SOLICITAR RESTRICCIONES sobre los Usos y Revelaciones de mi ISP
- A SOLICITAR EL ACCESO a mi información de salud protegida.
- A SOLICITAR ENMIENDAS a mi información de salud protegida.
- Tener una CONTABILIDAD de la DIVULGACIÓN con fines distintos de tratamiento, pago, u operaciones de atención de salud.

Autorizo a las siguientes personas para que tengan acceso a mi historial médico (nombre y relación)

Paciente/Representante de la firma:-----

Fecha:-----

Imprimir el nombre del paciente:-----

Relación: Misma _____ Otro-----