

Reconocimiento de Prácticas de Privacidad y Recibo

Debido a la Ley de Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996, la siguiente información debe ser completado y actualizado anualmente por el paciente o guardián:

En el caso de que un miembro de la familia o el cuidador atiende mis visitas a la oficina y se encuentra en la sala de examen en el momento de mi evaluación y / o tratamiento, que doy Neurología Infantil consultores de Austin y sus proveedores y empleados mi permiso para hablar libremente de mi condición, el tratamiento o el diagnóstico con esa persona presente.

(Circule una respuesta) SI NO

Aviso de prácticas de privacidad:

Al firmar abajo, reconozco que se me ha proporcionado una copia del Aviso de prácticas de privacidad Forma (Rev. 06/16) para su revisión y una copia personal para mantener de esta instalación será proporcionado a petición.

Firma del Padre o Guardián: _____ **Fecha:** _____

Relación al Paciente: _____

Divulgación de Información Personal de la Salud (PHI)

Esta información debe ser completada y actualizada cada 6 meses por parte del paciente o guardián.

Este comunicado autoriza Consultores Neurología Infantil de Austin para discutir la información médica con respecto a mi cuidado, condición, tratamiento o diagnóstico con lo siguiente:

- Solamente el Paciente**
- Esposo/Esposa (Especificar Nombre de Esposa/Esposo):** _____
- Padre(s) (Especificar Nombre del Padre/Madre):** _____
- Otros (Especificar Por Favor):** _____

¿Cuál manera de contacto de mensaje automático prefiere?

Notificaciones de Salud	<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Correo Electrónico	<input type="checkbox"/> Texto
Sitas	<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Correo Electrónico	<input type="checkbox"/> Texto
Anuncios	<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Correo Electrónico	<input type="checkbox"/> Texto
Facturación	<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Correo Electrónico	<input type="checkbox"/> Texto

Al comunicarse con usted con resultados tales como laboratorios, rayos X, etc., por favor marque una o todas deseada:

- Teléfono: _____ ¿Podemos dejar un mensaje detallado: **SI / NO**
- Trabajo Teléfono: _____ ¿Podemos dejar un mensaje detallado: **SI / NO**
- Celular: _____ ¿Podemos dejar un mensaje detallado: **SI / NO**

Las siguientes personas pueden recoger muestras de medicamentos y/o recetas en mi nombre:

- Solamente el Paciente**
- Esposo/Esposa (especificar nombre del cónyuge):**
- Padre(s) (Especificar nombre de padres):**
- Otro (Por favor especifique):**

Firma del paciente o padre/guardián: _____ **Fecha de hoy:** _____

Relación al Paciente: _____

Nombre de Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____