

HIPAA - Consentimiento y acuse de recibo del Aviso de privacidad



Yo entiendo que, como parte de la prestación de servicios de atención médica, MedImpact Healthcare Systems, Inc., crea y mantiene registros de salud y otra información que describe, entre otras cosas, mi historial de medicamentos recetados, mi historial de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para la atención o el tratamiento futuros.

Usted puede hallar una copia del Aviso de Privacidad en línea en <https://www.elixirsolutions.com/privacy-notice>.

Se me ha proporcionado un Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de cierta información de salud. Entiendo que tengo derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que la organización se reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas y, antes de la implementación, me enviará por correo una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para el uso y la revelación de información médica protegida sobre mí para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Este consentimiento se otorga libremente en el entendido de que:

1. Todos y cada uno de mis datos personales, ya sean escritos, orales o en formato electrónico, son confidenciales y no pueden revelarse por razones ajenas al tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica sin mi autorización previa por escrito, salvo que la ley disponga lo contrario.
2. Tengo derecho a revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando las revelaciones ya se hayan realizado de conformidad con mi consentimiento previo.
3. Tengo derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo se puede usar o revelar mi información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica (actividades de evaluación y mejora de la calidad, suscripción, calificación de primas, realización o organización de revisiones médicas, servicios legales y funciones de auditoría, etc.). Entiendo que las restricciones deben solicitarse por escrito y que la organización no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas, que pueden haber sido previamente acordadas.
4. Una fotocopia o fax de este consentimiento es tan válida como este original.

Información del miembro

Nombre del miembro	<input type="text"/>	Identificación del miembro	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>		
Ciudad, estado, Zip	<input type="text"/>		
Teléfono	<input type="text"/>	Correo electrónico	<input type="text"/>
Firma (o del guardián, si es un menor)	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>
Número del Seguro Social	<input type="text"/>		
Nombre de testigo (optional)	<input type="text"/>	Firma del testigo (optional)	<input type="text"/>

Envíe este formulario debidamente llenado a una de las siguientes direcciones:

Correo: MedImpact, Attn: Customer Care, 7835 Freedom Avenue NW, North Canton, OH 44720

Fax: 866-250-5178

corp_web_all_form_hipaa consent_23-7496