

Formulario de Consentimiento de Información de Salud del Paciente

Queremos que usted sepa cómo se utilizará su Información de Salud del Paciente (**PHI**) en esta oficina y sus derechos con respecto a esos registros médicos. Antes de comenzar cualquier tipo de atención médica, debemos exigirle que lea y firme este formulario de consentimiento declarando que usted comprende y que está de acuerdo con cómo se utilizarán sus registros médicos. Si usted desea tener un informe más detallado de nuestras políticas y procedimientos relacionados con la privacidad de su Información de Salud del Paciente, le recomendamos que lea el AVISO HIPAA que está disponible en la recepción antes de firmar este consentimiento.

1. El paciente comprende y acepta permitir que este consultorio quiropráctico use su Información de Salud del Paciente (**PHI**) para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y coordinación de atención. Como ejemplo, el paciente acuerda permitir que este consultorio quiropráctico envíe el PHI solicitado a la Compañía (o compañías) de seguro de salud que nos proporcionó el paciente para hacer el pago. Tenga por seguro de que esta oficina limitará la divulgación de todo PHI al mínimo necesario y solo para lo que las compañías de seguros requieren para hacer el pago.
2. El paciente tiene derecho a examinar y obtener una copia de su historial médico y de solicitar correcciones en cualquier momento. El paciente puede solicitar saber qué divulgaciones se han hecho y puede presentar por escrito cualquier restricción adicional sobre el uso de su PHI. Nuestra oficina no está obligada a aceptar esas restricciones.
3. El consentimiento por escrito del paciente solo debe obtenerse una vez para toda atención posterior brindada al paciente en este consultorio.
4. El paciente puede presentar una solicitud por escrito para revocar consentimiento en cualquier momento durante su atención. Esto no afectaría el uso de esos expedientes por la atención brindada antes de la solicitud por escrito para revocar el consentimiento, pero se aplicaría a cualquier atención brindada después de que se haya presentado la solicitud.
5. Para su seguridad y derecho a la privacidad, todo el personal ha sido capacitado en el área de privacidad de expedientes de pacientes y se ha designado un funcionario de privacidad para hacer cumplir esos procedimientos en nuestra oficina. Hemos tomado todas las precauciones conocidas por esta oficina para asegurar que sus registros médicos no estén disponibles a aquellos que no los necesitan.
6. Los pacientes tienen derecho a presentar una queja formal con nuestro funcionario de privacidad sobre cualquier posible violación de estas políticas y procedimientos.
7. Si el paciente se niega a firmar este consentimiento para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, el médico quiropráctico tiene derecho a negarse brindar atención.

He leído y entiendo cómo se usará mi Información de Salud del Paciente y estoy de acuerdo con estas políticas y procedimientos.

Nombre del Paciente

Fecha



Cruz Family Chiropractic
2500 E TC Jester Blvd Suite 130
Houston, TX, 77008
(713) 979-7540