



TOMAGWA HealthCare Ministries

Neighbors Caring About Neighbors

Divulgación de HIPAA

RECONOCIMIENTO DE REVISION DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro de salud de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mí información de salud protegida. Me han informado sobre las prácticas de Aviso de Privacidad de TOMAGWA y la descripción completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina, que explica cómo se usara y divulgara mi información médica. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

AUTORIZACION DE DIVULGACION DE INFORMACION

____ TOMAGWA **NO PUEDE** discutir mi atención médica y no puede discutir y/o hacer arreglos financieros con nadie

____ TOMAGWA **PUEDE** hablar sobre mi atención médica y/o hacer arreglos financieros y permitir la recogida de medicamentos solo con las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____ Telefono: _____

PREFERENCIAS

Prefiero contactarme en la siguiente manera:

Teléfono: _____ Correo Eletrónico: _____

____ Deje mensaje con información detallada.

____ Dejar mensaje solo con información de contacto.

____ No dejes un mensaje.

Por la presente doy mi consentimiento para los servicios médicos y el tratamiento de los médicos y el personal de TOMAGWA HealthCare Ministries. Autorizo a TOMAGWA a divulgar toda la información a los médicos consultores. Entiendo que el pago de todos los servicios es mi responsabilidad.

Firma del paciente o Parte Responsable (Padre/Madre/Tutor) y la Relación

Fecha

Nombre (Letra de Molde): _____ Fecha de Nacimiento: _____