

Foot & Ankle Clinic

Of Central Nebraska

Noticia Sobre las Practicas de Privacidad

Entiendo que bajo el Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996 ("HIPAA"), Tengo derecho a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y se utilizará para:

- Llevar a cabo, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.
- Obtener el pago para terceros pagadores.

Entiendo que su Aviso de Prácticas de Privacidad contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud y una copia completa está disponible a petición. Entiendo que esta organización tiene derecho a cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad.

Autorización del paciente para la divulgación de información médica protegida

Autorizo el Foot & Ankle Clinic of Central NE divulgar información médica protegida sobre mi atención médica a las siguientes personas:

Por favor enumere el nombre(s) y la relación de la persona(s) a las que podemos divulgar información. NO MÉDICOS, CLÍNICAS, HOSPITALES U OTROS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA

Esta autorización estará en vigor hasta que el Paciente o el Representante Personal le aconsejen lo contrario por escrito en el momento en que expire esta autorización para divulgar la PHI.

Firma del Paciente o Representante del Paciente

Fecha

Name of Patient or Personal Representative

Descripción de la Autoridad del Representante Personal