

Aviso de las Practicas de Privacidad de HIPAA y HITECH

Por la presente reconoco que se me ha presentado con una copia de las Practicas de Privacidad de Healthcare Solutions Centers, LLC (HCS).

Entiendo que HCS ofrece servicios de salud a mi como un beneficio establecido por mi empleador y si termina mi trabajo, que es mi responsabilidad de establecer una relacion con un Nuevo medico para cuidar mis necesidades medicas.

Nombre Legal: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Guardian Legal: _____ Relacion: _____
(Menores de 18 anos de edad o bajo la tutela del Estado)

Empleador asegurado del empleado: _____

Paciente (marca uno): Yo Esposa Dependiente

Acepto que mi información de salud protegida (PHI) se divulgue a las siguientes personas:

Nombre: _____ Phone Number: _____

Nombre: _____ Phone Number: _____

Ninguna

HCS tiene permiso para contactarme con respecto a mi Información de salud protegida (PHI):

Teléfono móvil: _____

Teléfono del trabajo: _____

E-mail: _____

**** (requerido para acceder al portal de pacientes de HCS)**

Recordatorio de cita por mensaje de texto 24 horas antes de su cita: SI NO

(No se enviará información personal de salud)

¿Desea acceder a su PHI en el Portal de pacientes de HCS?? SI NO

Tenga en cuenta la siguiente información:

- Las notas de psicoterapia no se divulgarán sin su consentimiento.
- HCS no venderá ni proporcionará PHI para fines de marketing, recaudación de fondos o investigación sin obtener primero la autorización del paciente.
- Los pacientes pueden tener acceso a toda la PHI y a los mensajes con el Portal para pacientes de HCS.

Si tiene alguna pregunta sobre la política de HIPAA de Healthcare Solutions,
comuníquese con nuestro oficial de HIPAA al (602) 424-2101.