

## **HIPAA (Portabilidad de Seguro Médico e Información de Asistencia Médica)**

### **Re: Llamadas de Cita, Ajustes de Cuartos Abiertos, e Información de Asistencia Médica**

Dr. Collins y sus empleados podrían necesitar su nombre, dirección, número de teléfono, y archivo médico para contactarle con recordatorios de cita, información sobre alternativas de tratamiento u otra información de salud que puede ser del interés para usted. Si este contacto está hecho por teléfono y usted no está en casa, un mensaje será dejado en su máquina o con un miembro de su familia. Con firmar esta forma, usted nos da la autorización a contactarle con estos recuerdos e información.

Usted puede restringir a los individuos u organizaciones a las cuales su información de asistencia médica es liberada o usted puede revocar su autorización en cualquier momento; sin embargo, su revocación debe ser por escrito y enviada a nosotros en nuestra oficina. No seremos capaces de honrar su petición de revocación si hemos liberado ya su información de salud antes de que recibiéramos su petición para revocar su autorización. Además, si se requirió que usted diera su autorización como una condición de obtener el seguro, la compañía de seguros puede tener el derecho a su información de salud si ellos decidieran impugnar cualquiera de sus reclamaciones.

La información que usamos o revelamos basado en la autorización que usted nos da puede ser sujeta a la nueva revelación por alguien que tiene el acceso al recordatorio u otra información y puede ser ya no protegido por las reglas de intimidad federales.

Usted tiene el derecho de rechazar darnos esta autorización. Si usted no nos da esta autorización, esto no afectará el tratamiento que le proporcionamos o los métodos que usamos para obtener el reembolso de su cuidado.

Ofrecemos ajustes espinales en un estilo de cuarto abierto, con otros pacientes en el mismo cuarto. De vez en cuando pueden hablar de comentarios sobre sus síntomas, mejoras o carencia allí de durante sus visitas de oficina.

Usted puede inspeccionar o copiar la información que usamos para ponernos en contacto con usted para proporcionar recordatorios de cita, la información sobre alternativas de tratamiento u otra información relacionando a la salud en cualquier momento.

Esta autorización expirará siete años después de la fecha en la cual usted recibió su último servicio en Collins Chiropractic.

Autorizo Collins Chiropractic para usar o revelar mi información de salud en la manera descrita encima. También entiendo que puedo recibir una copia de esta forma cuando necesario.

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_

Firma de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Padre o de Tutor si Menor \_\_\_\_\_

### **Autorización a Liberar Información a Médico**

A Collins Chiropractic creemos que es importante que todos sus médicos trabajen juntos a su beneficio. Firmando esta liberación usted nos autoriza para liberar informes e información a su doctor (es) en cuanto a su tratamiento en Collins Chiropractic.

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_

Firma de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Padre o de Tutor si Menor \_\_\_\_\_