

Instrucciones para el paciente de HIPAA sobre preferencias de
comunicación y formulario de consentimiento

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos Seguridad social: _____

Correo electrónico: _____

Autorizo a mi médico y al personal a dejar mensajes que incluyan información médica:

____ SI, Puede dejar un mensaje en ___ Home ___ Work ___ Cell ___ Email

____ SI, Puede compartir información con las siguientes personas: _____

____ NO, No dejes mensajes en mi buzón de voz.

Entiendo que puedo notificar al consultorio médico en cualquier momento para solicitar un cambio o revocar este consentimiento, por escrito. Entiendo que esto requeriría un nuevo formulario y autorización para ser completado. Cualquier uso o divulgación que haya ocurrido antes de la fecha en que revoco o cambio este consentimiento no se verá afectado.

Entiendo que tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Estos derechos me han sido otorgados bajo la Ley HIPAA de 1996.

También me han informado y me han dado el derecho de revisar y asegurar una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información médica protegida y mis derechos bajo HIPAA.

Entiendo que la información que me envíen por correo electrónico las personas de Michael A Wood, DPM, PC **no se enviará de forma segura y no se cifrará. Entiendo los riesgos** asociados con eso, incluidos, entre otros, **que un tercero no intencionado pueda leer mi PHI.** Me han informado de los riesgos. Entiendo dichos riesgos y sigo prefiriendo recibir información médica protegida a través de comunicaciones no seguras por correo electrónico. Entiendo que Michael A Wood, DPM, PC y su personal no son responsables de ningún acceso no autorizado a mi información médica protegida comunicada por correo electrónico y texto no cifrados y que asumo el riesgo.

Firma : _____ Fecha : _____