

## Ideal Dermatology: formulario de acuse de recibo de HIPAA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Formulario de acuse de recibo y consentimiento de HIPAA (escriba sus iniciales a continuación):

\_\_\_\_\_ Acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad del consultorio, en el que se describen las maneras en que el consultorio puede utilizar y divulgar mi información de salud para el tratamiento, pago, operaciones de la atención médica, así como también para otros usos descritos y permitidos, y divulgaciones.

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo con que el consultorio pueda solicitar y utilizar mis antecedentes de medicamentos de receta de otros proveedores de atención médica o de terceros pagadores de beneficios de farmacias a los efectos de los tratamientos. Autorizo a que se divulgue mi Información Protegida de Salud a los efectos de facturación y pagos, comunicado de resultados, determinaciones y decisiones de atención a las personas designadas a continuación. La información no será divulgada sin autorización, ni siquiera a los familiares.

Nombre	Parentesco	Número de contacto
_____	_____	(____) _____
_____	_____	(____) _____

\_\_\_\_\_ Escriba sus iniciales aquí para indicar que podemos dejar un mensaje de voz sobre su información médica o de facturación. Indique el número de teléfono al que podemos comunicarnos (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Asignación y divulgación de la Política de Responsabilidad Financiera:

1. Tengo cobertura de seguro y asigno todos mis beneficios médicos, en caso de que se me deba pagar alguno, por los servicios prestados.
2. Por el presente, autorizo al médico a divulgar toda la información que sea necesaria para garantizar el pago de los beneficios.
3. Autorizo el uso de esta firma en mis comprobantes de seguro.
4. Reconozco que es mi responsabilidad comunicarme con mi compañía de seguros para verificar que esta pagará los gastos contraídos y comprendo que soy financieramente responsable de todos los gastos, ya sea que la aseguradora pague o no.

Coloque sus iniciales delante de lo siguiente SI SE CORRESPONDE con su consulta del día de hoy:

\_\_\_\_\_ Comprendo que NO presenté un comprobante de mi seguro hoy y que los beneficios de mi red no se pueden verificar al momento de la prestación del servicio. \_\_\_\_\_ Comprendo que NO tengo o que no deseo proporcionar mi seguro médico para una reclamación y que se me facturarán todos los servicios prestados como un paciente PARTICULAR.

Nombre del paciente/tutor legal (imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

\*Por la firma del presente, certifico que he leído, que comprendo y que acepto TODAS las declaraciones previas.