

FORMA HIPAA ACCESO PARA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Nombre del Paciente: Yo, _____, Fecha de nacimiento _____, entiendo que es la póliza de Heaton Eye Associates de restringir el acceso a mi información protegida de salud. Mi información de salud se puede revelar a cuidador(s) médicos, compañía(s) de seguros para el pago de mi reclamación y operaciones de la asistencia médica básicas como pre-certificación, remisiones, etcétera. Doy mi permiso para que la(s) persona(s) siguientes tengan acceso, como indicado abajo, a mi Información privada de salud.

COMUNICACIÓN

Le comunicaremos su información confidencial acerca de su cuidado clínico y/o quirúrgico en su contestador automático, correo vocal o teléfono celular. Usaremos todos los medios de comunicación incluyendo, pero no limitados al correo electrónico y mensajes de texto a no sea que por otra parte sea especificado. Si no está de acuerdo con estos medios de comunicación, debe especificar cómo nos podemos poner en contacto con usted.

Otra preferencia de comunicación:

PREFERENCIAS DE ACCESO DE INFORMACIÓN

No podemos soltar la información a nadie que no ha puesto en esta lista.

NOMBRE (por favor imprima)	FECHA DE NACIMIENTO	CLÍNICO	QUIRÚRGICO	FINANCIERO
1.		Todos / Ninguno	Todos / Ninguno	Todos / Ninguno
2.		Todos / Ninguno	Todos / Ninguno	Todos / Ninguno
3.		Todos / Ninguno	Todos / Ninguno	Todos / Ninguno
4.		Todos / Ninguno	Todos / Ninguno	Todos / Ninguno
5.		Todos / Ninguno	Todos / Ninguno	Todos / Ninguno

Firma del Paciente/Guarda

Fecha

<input type="checkbox"/>	Amigo/Miembro de la familia				
<input type="checkbox"/>	Medico de primeros auxilios				
	Nombre _____				