



HIPAA: Formulario de acuse de recibo del paciente

Yo, _____, acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad de Northwest Pulmonary Associates, SC. El Aviso de práctica de privacidad proporciona información detallada sobre cómo la práctica puede usar y divulgar mi información confidencial. Entiendo que el médico se ha reservado el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad que se describen en el Aviso. También entiendo que se me proporcionará una copia de cualquier Aviso revisado.

Autorizo a Northwest Pulmonary Associates, SC a hablar sobre mi tratamiento médico con:

Solo yo: _____ a los números de teléfono: _____

Y lo siguiente:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Se pueden dejar mensajes en mi contestador máquina o correo de voz, incluidos los resultados de las pruebas:

Sí: _____ NO: _____

Los mensajes se pueden dejar con una de las personas mencionadas anteriormente:

Sí: _____ NO: _____

¿Podemos enviarle mensajes de texto?

Sí _____ NO: _____ Teléfono: _____

Nombre del paciente:: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Testigo: _____