

Reconocimiento y consentimiento de HIPPA

Entiendo que Tigard Orthopedic & Fracture Clinic (a la que se hace referencia a continuación como TOFC) usará y divulgará información médica sobre mí.

Entiendo que mi información de salud puede incluir información tanto creada como recibida por la práctica, puede ser en forma de registros escritos o electrónicos de palabras habladas, y puede incluir información sobre mi historial de salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de exámenes, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, prescripciones y tipos similares de información relacionada con la salud.

Entiendo y acepto que TOFC puede usar y divulgar mi información de salud para:

- Tomar decisiones y planificar mi cuidado y tratamiento;
- Consultar, consultar, coordinar y administrar junto con otros proveedores de atención médica para mi atención y tratamiento;
- Determinar mi elegibilidad para el plan de salud o la cobertura de seguro, y enviar facturas, reclamos y otra información relacionada a las compañías de seguros u otras personas que puedan ser responsables de pagar parte o toda mi atención médica; y
- Desempeño varias funciones de oficina, administrativas y comerciales que respaldan los esfuerzos de mi médico para brindarme, organizar y recibir un reembolso por servicios de salud de calidad y rentables.

También entiendo que tengo derecho a recibir y revisar una descripción escrita de cómo TOFC manejará la información de salud sobre mí. Esta descripción escrita se conoce como Aviso de prácticas de privacidad y describe los usos y divulgaciones de la información médica realizada y las prácticas informativas seguidas por los empleados, el personal y el personal de la oficina de TOFC y mis derechos con respecto a mi información médica.

Entiendo que la Notificación de prácticas de privacidad puede ser revisada de vez en cuando y que tengo derecho a recibir una copia de cualquier Notificación de Prácticas de Privacidad revisada. También entiendo que una copia o un resumen de la versión más reciente del Aviso de Prácticas de Privacidad de TOFC en vigencia se publicará en el área de espera / recepción.

Entiendo que tengo derecho a solicitar que parte o toda mi información de salud no sea utilizada o divulgada de la manera descrita en el Aviso de Prácticas de Privacidad, y entiendo que la ley no exige que TOFC acepte dichas solicitudes.

Al firmar a continuación, acepto que he revisado y entiendo la información anterior y que he recibido una copia o acceso a una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

