



Aceptación de Privacidad y Consentimiento General

Entiendo que mi privacidad está protegida y he recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad	<input type="checkbox"/>	Si
Se me ha ofrecido información acerca del Directivo de Avance (No Aplica a Pacientes menores de 18 años)	<input type="checkbox"/>	Si
Doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico de Prima Medical Foundation	<input type="checkbox"/>	Si
He leído y entiendo las pólizas financieras y de la oficina. Entiendo que cualquier violación de estos términos será referido a una agencia de cobro y/o terminación inmediata de servicios.	<input type="checkbox"/>	Si
Autorizo a mi médico y/o al representante de mi médico a dejarme mensajes confidenciales en el siguiente numero de teléfono:	Tel:	
Autorizo a mi médico y/o al representante de mi médico, compartir información de mi cuidado médico con:	Nombre/ Relación:	Tel:

Prima Medical Foundation participa en el Registro de Inmunizaciones de California (CAIR), entiendo que mi información, o la de mi hijo(a), será incluida en el registro a menos que elija no participar.	<input type="checkbox"/>	Elijo no participar en CAIR
--	--------------------------	-----------------------------

Entiendo que bajo el Acto de Transportabilidad de Seguro de enfermedad & Acto de Responsabilidad de 1996 ("HIPAA"), cuento con ciertos derechos de privacidad con respecto a la protección de mi información de salud. Entiendo que esta información puede y será utilizada en los siguientes casos:

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y su seguimiento entre los múltiples proveedores de salud quienes están involucrados directa e indirectamente en ese tratamiento.
- Obtener el pago de seguros de terceros.
- Conducir procedimientos normales de salud tales como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He sido informado que la Notificación de Prácticas de Privacidad contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud, la cual estará disponible para su revisión si así lo deseo. Comprendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Notificación de Prácticas de Privacidad de tiempo en tiempo y que puedo contactar esta organización en cualquier momento a la dirección indicada abajo para obtener una copia actualizada de la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Comprendo que puedo solicitar por escrito restricciones en mi información, la manera que mi información privada sea utilizada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, y las transacciones de pago o asistencia médica. También comprendo que ustedes no están obligados a aceptar mi solicitud de restricción, pero si ustedes están de acuerdo, entonces ustedes tienen que actuar de acuerdo a esas restricciones.

Fecha de Hoy

Nombre del Paciente (letra de molde)

Fecha de Nacimiento del Paciente

Firma del Paciente/Padre/Guardián

 Si el paciente es un menor de edad, relación con el paciente

Solo para uso de la oficina

Procuré obtener la firma de aceptación de esta Notificación de Prácticas de Privacidad por parte del paciente pero no pude hacerlo como se documenta en la parte de abajo.

Fecha _____ Firma _____

Razón _____

4 Hamilton Landing, Suite 100, Novato CA 94949