FORMULARIO PIF EN VIRTUD DE LA HIPAA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
Apellido Nombre Iniciales

DIRECCIÓN: _____
Calle Ciudad, provincia, código postal

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ _____ _____
Celular Hogar Trabajo

CORREO ELECTRÓNICO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

PARTE RESPONSABLE: _____ _____ _____
Nombre Relación Fecha de nacimiento

NOMBRE DEL MÉDICO PRINCIPAL: _____

DIRECCIÓN DEL MÉDICO PRINCIPAL: _____

TELÉFONO DEL MÉDICO: _____ FAX: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ _____ _____
Nombre Relación Teléfono

1. ¿Usted ya es paciente de HearUSA? ☐ Sí ☐ No
   En caso afirmativo, ¿en qué consultorio? _____
2. ¿Cómo conoció a HearUSA? _____
3. ¿Está esta visita cubierta por un plan de seguro médico? ☐ Sí ☐ No
   En caso afirmativo, presente su tarjeta de identificación de miembro y/o la derivación, si corresponde.
4. ¿Esta visita está cubierta por otros pagadores? ☐ Sí ☐ No
5. (Ejemplo: compensación del trabajador, un plan de seguro médico secundario, el plan de seguro de un familiar, su empleador, etc.) En caso afirmativo, presente su tarjeta de identificación de miembro y/o la derivación, si corresponde.

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Al firmar este formulario, estoy dando mi consentimiento a HearUSA (el "Proveedor") para el uso y la divulgación de mi información médica protegida con el fin de realizar operaciones de tratamiento, pago y atención de la salud. El Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información más detallada sobre cómo el proveedor puede utilizar y divulgar mi información médica protegida.

Aunque el proveedor no vende información de pacientes a terceros, al firmar a continuación, a menos que usted elija no recibir llamadas, incluidas llamadas de mensajes, correos electrónicos, correos de marketing y mensajes de texto de HearUSA y sus filiales y socios de marketing, agentes y otras personas que llamen en nombre de HearUSA, a cualquier número de teléfono que usted haya proporcionado o proporcione en el futuro (incluidos teléfonos celulares). Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos.

Opto por no recibir dichos mensajes y llamadas de marketing ☐

Puedo elegir a otra persona para que me ayude con mis visitas clínicas o hablar con el proveedor en mi nombre. Esta persona requiere mi permiso por escrito para comentar mi tratamiento e información médica privada. Elijo designar a la persona a continuación con este acceso. Si no hay nadie, déjelo en blanco.

_____ (nombre completo), _____ (relación).

Tengo derecho legal a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad del proveedor antes de firmar este consentimiento, y me han animado a leerlo en su totalidad en https://www.hearusa.com/about-us/hipaa-policy/. El Aviso de Prácticas de Privacidad está sujeto a cambios y se actualizará en consecuencia. Tengo derecho a solicitar este aviso de forma no electrónica.

Tengo derecho a solicitar que el proveedor restrinja la forma en que usa y divulga mi información médica protegida con fines de comercialización, tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud. Es posible que el proveedor no esté obligado por ley a conceder mi solicitud, según la naturaleza de la solicitud. Sin embargo, si el proveedor decide atender mi solicitud, el proveedor está obligado por nuestro acuerdo. Tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos utilizado o divulgado mi información médica protegida en virtud de mi consentimiento.

Con el fin de proporcionarme el mejor servicio de atención al cliente y experiencia del paciente, la cita podrá supervisarse o grabarse con fines de calidad, formación y documentación de las historias clínicas. Si no deseo que mi cita se supervise o se grabe, marcaré esta casilla ☐

_____ _____
Firma Fecha