

Capital Women's Care, LLC

Uso e divulgação de informações protegidas de saúde

Seção I: Reconhecimento do paciente e formulário de consentimento

O folheto educacional intitulado "Aviso de práticas de privacidade" fornece informações sobre como a Capital Women's Care, LLC. O Capital Women's Care Speciality Center, LLC e o ENK Surgery Center, LLC podem usar e divulgar informações médicas protegidas sobre você e estão em conformidade com os requisitos da Lei de Responsabilidade e Portabilidade de Seguro Saúde de 1996 (HIPPA).

Nosso Aviso de Práticas de Privacidade declara que nos reservamos o direito de alterar os termos descritos. Se isso acontecer, exibiremos a nova política e a data de vigência em cada um de nossos sites Capital Women's Care.

Você tem o direito de solicitar restrições sobre como protege as informações de saúde que podem ser usadas ou divulgadas para tratamento, pagamento ou operações de saúde. Não somos obrigados a concordar com suas restrições, mas se o fizermos, estamos vinculados ao nosso acordo com você.

Ao assinar abaixo, sua confirmação de recebimento de nosso **Aviso de Práticas de Privacidade**.

Assinatura do paciente

Data

Imprimir nome completo

Seção II: Consentimento para o uso e divulgação de informações

Ao assinar abaixo, você concorda com o nosso uso e divulgação de informações protegidas de saúde sobre você para tratamento, pagamento e outras opções de cuidados de saúde. Você tem o direito de revogar este consentimento, por escrito, exceto quando já tivermos divulgado informações confidenciais sobre o seu consentimento prévio.

Solicito que o pagamento da seguradora autorizada / benefícios do Medicare seja feito em meu nome para a Capital Women's Care, LLC, por quaisquer serviços prestados a mim pelo meu médico. Autorizo qualquer detentor de informações médicas sobre mim a divulgar aos Centros de Serviços Medicare / Medicaid e seu agente e / ou qualquer outra seguradora para a qual eu tenha cobertura, quaisquer informações necessárias para determinar esses benefícios ou os benefícios dos serviços relacionados. Concordo em fornecer todos os planos de referência e tratamento exigidos pela (s) minha (s) seguradora (s). Todos os copagamentos devem ser pagos no ato do serviço de acordo com os acordos da seguradora contratada.

Assinatura do paciente

Data

Imprimir nome completo

Seção III (opcional):

O representante pessoal, família ou outras entidades autorizou o acesso às informações de saúde protegidas a serem utilizadas e / ou divulgadas

Nomeie ou identifique especificamente esses indivíduos e / ou outras entidades que você está autorizando a usar e / ou divulgar suas informações de saúde protegidas em conexão com tratamento, pagamento e outras operações de saúde.

Nome da pessoa autorizada da entidade

Relação

Número de telefone

Nome da pessoa autorizada da entidade

Relação

Número de telefone

Seção IV: Autorização para uso de secretária eletrônica e / ou correio de voz

Os médicos e profissionais de saúde da Capital Women's Care não podem entrar em contato com os pacientes diretamente durante o horário comercial normal. Nessas ocasiões, nossos consultórios deixam mensagens nos aparelhos de comunicação fornecidos por nossos pacientes. Devido à nova regra de privacidade da HIPAA exigida pelo governo federal, devemos obter sua autorização para continuar com este modo de comunicação. As informações protegidas de cuidados de saúde que podemos divulgar em sua casa, trabalho ou telefone celular incluem, mas não se limitam a: resultados de exames / laboratórios, informações de prescrição / farmácia, instruções de consulta para visitas e procedimentos e publicação de informações / programação cirúrgica.

____ (Iniciais) Sim, concordo em permitir que os médicos e profissionais de saúde da Capital Women's Care deixem mensagens que incluam Informações de saúde protegidas em todos os três dispositivos de comunicação: casa, trabalho e telefone celular.

____ (Iniciais) Concordo em permitir que os médicos e profissionais de saúde da Capital Women's Care deixem mensagens que incluam Informações de Saúde Protegidas no seguinte: Coloque as iniciais ao lado dos dispositivos de comunicação aplicáveis:

____ número residencial ____ número comercial ____ número de celular

____ (Iniciais) Não, não concordo em permitir que médicos e profissionais de saúde da Capital Women's Care deixem mensagens que incluam Informações de saúde protegidas em casa, no trabalho e em telefones celulares.

Assinatura do paciente

Data

Imprimir nome completo

(Apenas para uso interno do CWC)

Seção V: Incapaz de Obter Confirmação de Recebimento de Notificação

Opção 1: Você não pode obter um **Reconhecimento de Notificação** assinado do paciente pelo seguinte motivo

Opção 2: Tentei obter um **Aviso de Reconhecimento** assinado do paciente em ____ / ____ / ____, mas não consegui pelo seguinte motivo:

Assinatura do funcionário CWC

Data

PARA OBTER MAIS INFORMAÇÕES OU PARA RELATAR UM PROBLEMA: Se você tiver dúvidas ou quiser informações adicionais, entre em contato com o Diretor de Políticas da HIPAA para esta prática. Se você acredita que seus direitos de privacidade foram violados, você pode registrar uma reclamação por escrito com o Secretário de Saúde e Serviços Humanos. Não haverá retaliação por registrar uma reclamação.