White CHIROPRACTIC

Formulario de consentimiento para la información de salud del paciente

Queremos que sepa cómo se utilizará su Información de salud del paciente (PHI) en esta oficina y sus derechos con respecto a sus registros. Antes de comenzar cualquier tratamiento de atención médica, debemos solicitarle que lea y firme este formulario de consentimiento, indicando que comprende y está de acuerdo con cómo se utilizarán sus registros. Si desea tener una descripción más detallada de nuestras políticas y procedimientos con respecto a la privacidad de su Información de salud del paciente, le recomendamos que lea el AVISO HIPAA que está disponible para usted en la recepción antes de firmar este consentimiento.

1. El paciente comprende y acepta permitir que este consultorio quiropráctico utilice su Información de salud del paciente (PHI) para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y coordinación de su cuidado. Por ejemplo, el paciente acepta permitir que este consultorio quiropráctico envíe la PHI solicitada a la Compañía (o compañías) de seguros médicos que nos proporcionó el paciente con el fin de realizar el pago. Tenga la seguridad de que esta oficina limitará la divulgación de toda la PHI al mínimo necesario para lo que las compañías de seguros requieren para el pago.
2. El paciente tiene derecho a examinar y obtener una copia de sus propios registros médicos en cualquier momento y solicitar correcciones. El paciente puede solicitar saber qué divulgaciones se han realizado y presentar por escrito cualquier restricción adicional sobre el uso de su PHI. Nuestra oficina no está obligada a aceptar esas restricciones.
3. Solo es necesario obtener el consentimiento por escrito del paciente una vez, y cubre todo tratamiento posterior que se le brinde al paciente en esta oficina.
4. El paciente puede proporcionar una solicitud por escrito para revocar el consentimiento en cualquier momento durante su tratamiento. Esto no afectaría el uso de esos registros para la atención brindada antes de la solicitud por escrito para revocar el consentimiento, pero se aplicaría a cualquier atención médica brindada después de que se haya presentado la solicitud.
5. Para su seguridad y derecho a la privacidad, todo el personal ha sido capacitado en el área de privacidad de registros de pacientes y se ha designado a un funcionario de privacidad para hacer cumplir esos procedimientos en nuestra oficina. Hemos tomado todas las precauciones que conoce esta oficina para asegurarnos de que sus registros no estén disponibles para quienes no los necesiten.
6. Si el paciente se niega a firmar este consentimiento con el propósito de tratamiento, pagos y operaciones de atención médica, el médico quiropráctico tiene derecho a negarse a brindar atención médica.

He leído y entiendo cómo se utilizará mi información médica y estoy de acuerdo con estas políticas y procedimientos.

_____	_____	_____
Nombre y apellido	Firma	Fecha

14500 Burnhaven Drive Suite 180 Burnsville, MN 55306
Phone: 952-895-0660 Fax: 952-895-9408 Email: whitechiro1980@gmail.com
Website www.whitechiropractic.net