

Nombre del paciente _____

(Por favor escriba en letra de molde)



Providence Medical Group

Reconocimiento de haber recibido un Aviso de las prácticas de privacidad

Su nombre y firma en esta hoja indican que a Ud. se le ha dado la oportunidad de repasar y / o pedir una copia del Aviso de Privacidad del Grupo Médico de Providence en la fecha indicada. Si usted tiene alguna pregunta sobre la información de las prácticas del Aviso de Privacidad del Grupo Médico de Providence, por favor no vacile en contactar a un representante clínico o al Oficial de la Privacidad del Paciente del Grupo Médico según lo indica su Aviso.

Firma del paciente _____ Fecha _____

-La información que se encuentra arriba es requerida por las Leyes Federales bajo las regulaciones de HIPAA.

Autorización de información médica

***YO NO** autorizo al Grupo Médico de Providence a dejar mensajes en mi teléfono, el cual les provee en mi información demográfica.

***YO Sí** autorizo al Grupo Médico de Providence a dejar mensajes en mi teléfono, el cual les provee en mi información demográfica.

***YO NO** autorizo a nadie asociado con el Grupo Médico de Providence a discutir mi **condición médica, tratamiento, o resultados de exámenes médicos** con nadie que no sea yo.

***YO Sí** autorizo al médico o a cualquiera asociado con el Grupo Médico de Providence a discutir mi **condición médica, tratamiento, o resultados de exámenes médicos** con las siguientes personas (familiares/amigos/no debe incluir médicos)

Nombre Relación

Nombre Relación

Nombre Relación

Firma del paciente o representante legal Fecha

Nombre del paciente o representante legal en letra de molde Relación