



**Alexandria Location**

4660 Kenmore Ave, Suite 1120  
Alexandria, VA 22304

tel: 703-680-2111  
fax: 703-878-3939

**Woodbridge Location**

2296 Opitz Blvd, Suite 350  
Woodbridge, VA 22191

**FORMA DE RECONOCIMIENTO DE PRACTICAS, AVISO E INFORMACION DE SALUD**

*El aviso adjunto describe cómo se puede utilizar la información médica sobre usted, revelados y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor firme esta hoja de cubierta reconociendo que recibo de la política y devolverlo a la recepcionista. Revisar la política cuidadosamente y háganos saber si usted tiene alguna pregunta o peticiones.*

- Por mi firma abajo, reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Información de Salud de **POTOMAC Centro de Urología**.
- Yo entiendo que la organización se reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas y antes de la aplicación le enviará por correo una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado.
- Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información médica puede ser usada o divulgada y que la organización no está obligada a estar de acuerdo con las restricciones solicitadas.
- Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida que la organización ya ha tomado acciones de seguridad sobre el mismo.

**AUTORIZACION DE COMMUNICACION**

De acuerdo con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud y de 1996 (HIPAA), Potomac Centro de Urología no dará a conocer información confidencial de salud (en persona, por teléfono, correo electrónico o fax) a personas no autorizadas. Al devolver llamadas telefónicas, no vamos a dejar un mensaje en un contestador automático o buzón de voz a menos que estemos autorizados por escrito para hacerlo. Además, no se dará información a una persona no autorizada que puede responder a su teléfono (ya sea en casa o en el trabajo).

*Si desea autorizarnos a divulgar información médica a alguien que no sea usted o para dejar la información en un dispositivo de grabación, por favor complete lo siguiente:*

- Autorizo a los médicos y el personal de Potomac Urología Centro para divulgar información médica confidencial referente a mi cuidado por los métodos siguientes y para las siguientes personas. Yo entiendo que es mi responsabilidad notificar Potomac Centro de Urología si esta información cambia autorización.

**Está bien dejar la información médica confidencial para mí en mis: (números de la lista)**

- teléfono Inicio / contestador automático \_\_\_\_\_
- Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_
- teléfono móvil \_\_\_\_\_

**Está bien para dar información médica confidencial a mis: (nombres de lista)**

- Cónyuge: \_\_\_\_\_
- Padre (s): \_\_\_\_\_
- Hijo / hija: \_\_\_\_\_
- Hermano / a: \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_

Reconozco que esta autorización sólo puede ser modificada o anulada por mi autorización por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / tutor Firma Nombre impreso Fecha