potomac UROLOGY

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 polica 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