

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Entiendo que Grants Pass Surgical Associates, P.C. usará y divulgará información sobre mi salud.

Entiendo que mi información de salud puede incluir información tanto creada como recibida por la oficina, puede ser en forma escrita, electrónica o hablada, y puede incluir información sobre mi historial de salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, medicamentos recetados y otros tipos similares de información relacionada con la salud.

Entiendo y acepto que Grants Pass Surgical Associates, P.C. puede usar y revelar mi información de salud para:

- Tomar decisiones y planificar mi cuidado y tratamiento
- Referirme, consultar, coordinar y administrar mi cuidado y tratamiento junto con otros proveedores de atención médica.
- Determinar mi elegibilidad para el plan de salud o la cobertura de seguro, así como presentar facturas, reclamaciones y otra información relacionada con las compañías de seguros u otras personas que puedan ser responsables de pagar parte o la totalidad de mi atención médica.
- Realizar diversas funciones de oficina, administrativas y comerciales que apoyen los esfuerzos de mi médico para proporcionarme con, organizar y ser reembolsado por, atención médica de calidad y económica.

Entiendo que tengo el derecho de pedir que alguna o toda mi información de salud no sea usada o revelada en la manera descrita en la Notificación de Prácticas de Privacidad, y entiendo que Grants Pass Surgical Associates, P.C. no está obligado por ley a aceptar tales peticiones.

También entiendo que tengo el derecho de recibir y revisar una descripción escrita de cómo Grants Pass Surgical Associates manejará la información de salud sobre mí. Esta descripción escrita, conocida como Aviso de Prácticas de Privacidad, describe los usos y revelaciones hechas de la información de salud y las prácticas de información seguidas por los empleados, staff, y otro personal de office de Grants Pass Surgical Associates, P.C., y mis derechos con respecto a mi información de salud.

Además, entiendo que es la política de Grants Pass Surgical Associates seguir todas las leyes federales y estatales y los requisitos de información sobre el robo de identidad. Específicamente, esta política resume cómo Grants Pass Surgical Associates, P.C. (1) identificará, (2) detectará, y (3) responderá a las "banderas rojas" que se definen en esta política como incluyendo un patrón, práctica, o cuenta específica o actividad de registro que indica un posible robo de identidad.

Entiendo que la Notificación de Prácticas de Privacidad está disponible para mí si la solicito y que es la póliza de Grants Pass Surgical Associates, P.C. revisar y actualizar estas pólizas anualmente como mínimo, de las cuales puedo tener una copia de las actualizaciones si la solicito.

Al firmar a continuación, estoy de acuerdo en que he revisado y entiendo la información anterior y que puedo obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad a petición.

Escriba el nombre del paciente en letra de molde _____

Firma del paciente _____ Fecha _____