

HIPAA – FORM A
PEDIATRIC ASSOCIATES

SOLICITUD PARA LIMITACIONES Y RESTRICCIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Por favor note: BAJO REGULACIONES GUBERNAMENTALES NO ESTAMOS REQUERIDOS A ESTAR DE ACUERDO CON SU SOLICITUD. POR FAVOR VEA NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE SEGURIDAD PARA MAS INFORMACIÓN CONCERNIENTE A ESTAS SOLICITUDES. DE NO SER POSIBLE APROBAR SU SOLICITUD, NOS RESERVAMOS EL DERECHO A RÉPLICA EN UN MARCO DE 30 DÍAS.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Cuenta #: _____
Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____ Teléfono: _____
Calle

I. Restricciones de récord médico (para identificar una persona/personas con quien no debemos comunicarnos)

Tipo de información de salud protegida (PHI) a ser restringida: (Favor marcar donde aplique)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Teléfono/Dirección residencial | <input type="checkbox"/> Teléfono de trabajo de cónyuge | <input type="checkbox"/> Notas de hospitales |
| <input type="checkbox"/> Teléfono/Dirección de oficina | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Información de recetas |
| <input type="checkbox"/> Ocupación/empleador | <input type="checkbox"/> Historia del paciente | <input type="checkbox"/> Toda la información *(refiérase abajo) |
| <input type="checkbox"/> Nombre de cónyuge | <input type="checkbox"/> Notas de visitas | |

¿Como le gustaría que fuese restringida su información médica protegida?

*** IMPORTANTE:** Información solo será restringida a las partes no envueltas en la provición de, pagos por, o operaciones de salud del cuidado de su hijo. Será necesario que continuémos divulgando información a su compañía de seguros y otros proveedores de salud. Si tiene alguna duda acerca de lo expresado anteriormente, por favor llame a nuestro Oficial de Cumplimiento directamente al 954-965-7353.

Firma del Paciente o Tutor Legal

Nombre de padre o Tutor Legal

Fecha

II. Comunicaciones Confidenciales (para identificar una forma especial como comunicarnos con usted)

ESTO DEBE SER COMPLETADO PARA QUE LA SOLICITUD SE CUMPLA.

Yo, _____ Solicito que Pediatric Associates se comunique conmigo al lugar o de la manera alternativa descritas debajo concerniente a la información de salud (información que contituye información médica protegida como la define la Regla de Privacidad de las proviciones Administrativas de Simplificación del Acta de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996) de mi hijo/hijos. Dicha restricción es necesaria para prevenir cualquier divulgación que pudiera ponerme en peligro. Yo entiendo que esta organización puede negar esta solicitud si representase una carga administrativa no razonable.

Descripción de la información de salud que debe ser comunicada confidencialmente. La siguiente es una descripción de la información de salud específica a la que aplica esta solicitud:

Modo de localización alterna. Para comunicarnos con usted sobre su visita, debemos tener un número de teléfono para comunicarse con usted. Yo solicito que Pediatric Associates solo se comunique conmigo de la siguiente manera y/o lugar descrito aquí debajo. Estoy de acuerdo en que se me puede contactar en el siguiente número de teléfono si se requiere alguna comunicación relacionada con mi visita.

Al firmar esta forma, Yo estoy confirmando que refleja correctamente mis deseos.

Firma de Paciente o Tutor Legal

Nombre de Padre o Tutor Legal

Fecha

HIPAA – FORM A
PEDIATRIC ASSOCIATES

III. Actividades Caritativas de Recaudación de Fondos – Derecho a Optar No Participar

Yo, _____ Solicito que Pediatric Associates o sus entidades relacionadas no se comuniquen conmigo o mis representantes en lo concerniente a actividades caritativas de recaudación de fondos por teléfono, correo regular o electrónico y no use mi nombre, dirección, número telefónico y fechas en las que he recibido servicios para coleccionar información para propósitos de actividades caritativas de recaudación de fondos en acuerdo con privacidad HIPAA, Seguridad, imposición y reglas de notificación de filtración de datos bajo el ACTA DE TECNOLOGIA DE LA INFORMACION DE SALUD PARA ECONOMIA Y CLINICA (HITECH) y el Acta de no discriminación de información genética publicada Enero 25, 2013.

Al firmar esta forma, Yo estoy confirmando que refleja correctamente mis deseos.

Firma de Paciente o Tutor legal

Nombre del Padre o Tutor legal

Fecha

IV. Restricción de Divulgación a Planes de Salud Sobre Tratamientos a Pagos de su Bolsillo

Yo, _____ Solicito que Pediatric Associates que no divulgue ninguna información a mi proveedor de seguro de salud para fecha de servicio _____ por tratamiento recibido de acuerdo con Privacidad HIIPA, Las Reglas de Notificación de seguridad y aplicación bajo el Acta de tecnología de la información de salud, económica y clínica (HITECH) y el Acta de no discriminación de información publicada Enero 25, 2013. Yo no autorizo a Pediatric Associates a solicitar pago por esta visita a mi proveedor de seguro de salud. Yo comprendo que soy económicamente responsable por los cargos relacionados con esta visita.

Al firmar esta forma, Yo estoy confirmando que refleja correctamente mis deseos.

Firma de Paciente o Tutor Legal

Nombre de Padre o Tutor Legal

Fecha

V. Restricción de Divulgación de Records de Vacunas a Escuelas

Yo, _____ Solicito que Pediatric Associates no divulgue ninguno de mis records de vacunas a ninguna escuela de acuerdo con Privacidad HIIPA, Las Reglas de Notificación de seguridad y aplicación bajo el Acta de tecnología de la información de salud, económica y clínica (HITECH) y el Acta de no discriminación de información genética publicada Enero 25, 2013

Al firmar esta forma, Yo estoy confirmando que refleja correctamente mis deseos.

Firma de Paciente o Tutor Legal

Nombre de Padre o Tutor Legal

Fecha

VI. Restricción de Divulgación de Información Medica Protegida en Caso de Muerte

Yo, _____ Solicito que Pediatric Associates no divulgue ninguna información de deceso a miembros de mi familia u otros en el evento de mi muerte de acuerdo con Privacidad HIIPA, Las Reglas de Notificación de seguridad y aplicación bajo el Acta de tecnología de la información de salud, económica y clínica (HITECH) y el Acta de no discriminación de información genética publicada Enero 25, 2013

Al firmar esta forma, Yo estoy confirmando que refleja correctamente mis deseos.

Firma de Paciente o Tutor Legal

Nombre de Padre o Tutor Legal

Fecha

HIPAA – FORM A
PEDIATRIC ASSOCIATES

VII. Solicitud De Exclusión Para Comunicaciones Entre Proveedor y Paciente

Yo, _____ NO autorizo a Pediatric Associates a comunicarse conmigo a través de • Teléfono de la casa,
• Celular / texto, • Teléfono del trabajo, y/o • por correo electrónico para recibir comunicación de citas u otros recordatorios de salud. (Seleccione todas las que apliquen).

Al firmar esta forma, Yo estoy confirmando que refleja correctamente mis deseos.

Firma de Paciente o Tutor Legal

Nombre de Padre o Tutor Legal

Fecha

VIII. Solicitud De Exclusión Para Mantener La Información De Pago En El Archivo

Yo, _____ NO autorizo a Pediatric Associates a mantener mi información de pago (tarjeta de débito o tarjeta de crédito) en el archivo. **Q**

Yo, _____ autorizo Pediatric Associates a mantener mi información de pago (tarjeta de débito o tarjeta de crédito) en el archivo; **PERO NO AUTORIZO** pagos pre-autorizados no cubiertos incluyendo • copagos, • deducibles, • formas de salud para la escuela, trabajo o equipos atléticos, y / o • honorarios de citas perdidas. (Seleccione todas las que apliquen).

Al firmar esta forma, Yo estoy confirmando que refleja correctamente mis deseos.

Firma de Paciente o Tutor Legal

Nombre de Padre o Tutor Legal

Fecha

PARA USO INTERNO SOLAMENTE / FOR INTERNAL PURPOSES ONLY:

Name & Title of Staff Receiving Form: _____

Date Staff Received Form: _____ Date Compliance Officer Received Form: _____

Approval Status: Approved as requested Denied & Notified Date: _____ Method: _____

Approved with modification: _____

Highly Restricted with password: _____

De-activate access to the Patient Portal EHR Support Notified Date: _____

Alert Info: _____

Compliance Officer Initials: _____

Privacy Admin Initials: _____