

# Urology Associates of North Texas

## HIPPA Disclosure

Comprendo bajo la Acta de Portabilidad de Seguro de enfermedad & Acto de Responsabilidad de 1996, como enmendado y suplementado (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información protegida de la salud (PI). El PI puede originar en su historial médico en Urology Associates of North Texas, L. L. P. (UANT), o puede ser recibido de entidades exteriores de salud y archivado en su historial médico.

Comprendo que esta información puede y será utilizada por UANT a: (un) Conducto, planear y dirige mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de la asistencia sanitaria a que pueden participar en el tratamiento directamente e indirectamente, (B) Obtiene pago de pagadores de terceros, (C) Realiza operaciones normales de asistencia sanitaria como evaluaciones de calidad y certificaciones de médico, (D) Notificación de acontecimientos educativos específicos a mi condición médica por UANT o la interconexión organizaciones, (E) Consentimiento a la transferencia de la propiedad de espécimen (tejido obtuvo durante una prueba médica) UANT, y (F) Cualquiera tal otros propósitos permitieron bajo HIPAA.

He sido informado por usted de su Nota de las Prácticas de Privacidad que contienen una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de la salud. Comprendo que UANT tiene el derecho de cambiar su Nota de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo obtener una copia actual de la Nota de Prácticas de Privacidad de mi oficina local o contactando al Oficial de Privacidad en P.O. Box 120549, Arlington, TX 76012.

Comprendo que puedo solicitar por escrito que restringe cómo mi información privada es utilizada o es revelada para llevar a cabo tratamiento, operaciones de pago o asistencia médica. Yo también comprendo que usted no es requerido a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si concuerda entonces que tiene que respetar tales restricciones. Comprendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en tiempo, pero hasta el punto que usted ha tomado medidas dependiendo de este consentimiento.

**Prefiero ser contactado en la manera siguiente:** (I prefer to be contacted in the following manner:)

# de Telefono: ( ) \_\_\_\_\_

# de Telefono: ( ) \_\_\_\_\_

**Deje mensaje con información detallada.**

(Leave a message with detailed information.)

**Deje mensaje con número de contacto sólo.**

(Leave message with contact number only.)

**No deje mensaje.**

(Do not leave a message.)

**Deje mensaje con información detallada.**

(Leave a message with detailed information.)

**Deje mensaje con número de contacto sólo.**

(Leave message with contact number only.)

**No deje mensaje.**

(Do not leave a message.)

**Prefiero recibir recordatorios con respecto a citas próximas en la manera siguiente:** (I prefer to receive reminders regarding upcoming appointments in the following manner:)

**Deje mensaje.** (Leave message.)

**No/ No Llame.** (Decline/ Do not call.)

**Prefiero recibir un resumen de mi visita de la oficina en la manera siguiente (disponible en una fecha posterior):** (I prefer to receive a summary of my office visit in the following manner (available at a later date) :)

**Imprimido.** (Printed.)

**No (Prefiero no recibir en la terminación de mi visita de la oficina.)** (Decline, prefer not to receive at the end my visit.)

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Impresión del Nombre del Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

**HIPAA Privacy Authorization Form**

Autorización para el Uso o la Revelación de Información Protegida de Salud

(Requerida por la Acta de la Portabilidad y seguro médico y Acta de Responsabilidad – 45 Partes de CFR 160 y 164)

Esta autorización afecta sus derechos con respecto a la privacidad de su información personal médica.

**Lea por favor con cuidado antes de firmar.**

Comprendo que mi tratamiento, el pago, la matriculación o la elegibilidad para beneficios no serán afectadas por mi firmar o no firmando esta autorización.

**SELECCIONE POR FAVOR OPCION A (o) B:**

**A.** Yo por la presente autorizo a Urology Associates of North Texas L.L.P. ("UANT") utilizar y/o revelar la información protegida de la salud descrita abajo para los propósitos de tratamiento y cuidado. **(Seleccione uno de las opciones abajo)**

\_\_\_\_\_ Yo por la presente autorizo la liberación de mi registro completo de la salud (inclusive registros que relacionan a la asistencia médica mental, a la enfermedad transmisible, a VIH o SIDA, y al tratamiento de alcohol/ abuso de drogas).

\_\_\_\_\_ Yo por la presente autorizo la liberación de mi registro completo de la salud con EXCEPCION de la información siguiente:

- Historial médica mental
- Las enfermedades transmisibles (inclusive VIH y SIDA)
- Tratamiento de alcohol/abuso de drogas
- Otro (especifique por favor) \_\_\_\_\_

Complete esta Sección si verificó cualquiera de las opciones arriba:

Autorizo a UANT o a sus Socios del Negocio a soltar información a los miembros de la familia o amigos siguientes por el período de asistencia médica de **(VERIFIQUE POR FAVOR UNO)**

Todo lo pasado, presente y periodos futuros.      **O**       \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Nombre _____	Relación _____
Nombre _____	Relación _____
Nombre _____	Relación _____

**B.** No discuta/declare mis historiales médicos ni información privada a nadie (inclusive miembros de la familia) ni ninguna entidad. Esta opción no está disponible para nuestros pacientes menores; debemos haber escrito documentación que indica a los cuidadores adultos con quien podemos discutir el cuidado del niño/a.

Esta autorización será vigente y el efecto hasta que \_\_\_\_\_ (la fecha o el acontecimiento) o hasta que revocada apropiadamente por mí en cual momento esta autorización expira. Para revocar mi autorización, yo debo someterme una Revocación de Nota de Autorización a Urology Asscoiates of North Texas, P.O. Box 120549, Arlington, TX 76012, a la atención de. Director de Historiales Médicos.

Esta información médica puede ser utilizada por la persona que autorizo a recibir esta información para el tratamiento o la consulta médicos, facturando o reclama pago, u otros propósitos como puedo dirigir o como permitido por la ley. UANT y sus empleados, los oficiales y los médicos por la presente son soltados de responsabilidad o la obligación legales para la revelación de la información antes mencionada hasta el punto indicado y autorizado en esto.

Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en tiempo. Comprendo que una revocación no es efectiva hasta el punto que ninguna persona ni entidad ya han actuado en la dependencia en mi autorización ni si mi autorización fue obtenida como una condición de obtener cobertura y el asegurador tiene un derecho legal para refutar un reclamo.

Comprendo que información utilizada o revelada por esta autorización puede ser revelada por el recipiente y ya no puede ser protegido por HIPAA, la ley federal o la ley del estado.

\_\_\_\_\_  
La firma de Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Impresión del Nombre del Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

*Tiene el derecho de recibir una copia de esta autorización de privacidad de HIPAA.*