



FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN DE RECIBO

Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, [HIPAA]

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Por favor, Imprima)

Al firmar a continuación, reconozco la recepción o la oportunidad de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de Virtua Medical Group. Además, al firmar a continuación, autorizo a Virtua Medical Group a divulgar mi información de salud de conformidad con las disposiciones del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma: _____ Fecha: _____

Autorización Telefónica

____ Sí, tienes mi permiso para dejar información médica en mi contestador automático. Por favor, háganos saber qué número de teléfono diurno es mejor hacerlo.

() _____.

____ No, no tienes mi permiso para dejar información médica en mi contestador automático.

¿A quién, aparte de usted, podemos hablar con respecto a su condición médica?

Nombre _____ Rela _____

Teléfono# _____

Nombre _____ Rela _____

Teléfono# _____

Tengo derecho a retirar o revisar mi permiso en cualquier momento por escrito.

Firma: _____ Fecha: _____

For Office Use Only:

INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT

To be completed if no signature is obtained. If it is not possible to obtain the individual's acknowledgement, indicate the reason why the acknowledgement was not obtained.

____ Individual refused to sign.

____ An emergency situation prevented us from obtaining the acknowledgement.

Signature of Virtua Representative: _____