



Lista de contacto del paciente - contactos según la ley HIPAA y de emergencia

Nombre legal del paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ N.º de historia clínica: _____

Puede seleccionar diferentes tipos de contactos. Puede designar a una única persona como contacto en virtud de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) y de emergencia, pero también puede designar a personas diferentes, una como contacto en virtud de la ley HIPAA y otra como contacto de emergencia.

Un contacto en virtud de la ley HIPAA es una persona a la cual usted autoriza para que Arizona Breast Health Specialists (una división de Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC) le divulgue información sobre su afección médica. No es necesario que los médicos que le brindan atención médica estén incluidos como contactos en virtud de la ley HIPAA.

Es importante que brinde un contacto de emergencia. Se trata de una persona a quien usted autoriza para que nuestro personal se contacte con ella en caso de que se le presente una emergencia médica mientras está siendo atendido en nuestro consultorio.

		Tipo de contacto:	
Nombre del contacto:		<input type="checkbox"/> HIPAA	<input type="checkbox"/> De emergencia
Número de teléfono:		Otro teléfono:	
Relación:			

		Tipo de contacto:	
Nombre del contacto:		<input type="checkbox"/> HIPAA	<input type="checkbox"/> De emergencia
Número de teléfono:		Otro teléfono:	
Relación:			

		Tipo de contacto:	
Nombre del contacto:		<input type="checkbox"/> HIPAA	<input type="checkbox"/> De emergencia
Número de teléfono:		Otro teléfono:	
Relación:			

____ Entiendo que doy mi autorización para que Arizona Breast Health Specialists (una división de Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC), divulgue mi información de salud personal a las personas mencionadas anteriormente, a quienes he designado como mis contactos en virtud de la ley HIPAA.

____ Reconozco que he recibido una copia de las prácticas de privacidad de Arizona Breast Health Specialists (una división de Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC).

____ Reconozco que tengo derecho a cambiar los contactos en esta lista en cualquier momento, puedo volver a designar el tipo de contacto expresado originalmente, y tengo el derecho de revocar esta lista de contactos.

____ Reconozco que toda revocación de esta lista debe realizarse por escrito.

____ He leído o me han leído este formulario y entiendo las consecuencias de mi decisión.

____ Entiendo que el hecho de no firmar esta autorización no afectará mi posibilidad de obtener atención por parte de Arizona Breast Health Specialists (una división de Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC).

Firma del paciente: _____ **Fecha / Hora** _____ (seleccione una opción) A. M. P. M.
(o representante autorizado)

Médico: _____ Iniciales del empleado: _____ Rev. 07/2019KR