

Central Coast Oncology & Hematology

Amy McMullen, MD Michael Yen, MD PhD

Reconocimiento de Privacidad y Consentimiento General

Entiendo que mi privacidad está protegida y he revisado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.	Por favor circule: Si No
Consiento recibir atención y tratamiento médico de Central Coast Oncology & Hematology.	Si No
He leído y entiendo las Políticas de la Oficina y Financieras. Entiendo que cualquier violación de estos términos está sujeta a la remisión a una agencia de cobro y/o despido.	Si No
Doy permiso a mi médico y/o representante del médico para dejar un mensaje confidencial, incluida la información médica, por teléfono.	Si No
Si es así, por favor escriba el(los) número(s) de teléfono _____	
Doy permiso a mi médico y/o representante del médico para discutir mi atención médica con las siguientes personas: _____ Nombre/Relación con el paciente _____ Nombre/Relación con el paciente	
Por favor circule: Quiero que el contacto principal para la comunicación de mi médico sea yo mismo u otra persona: _____	

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 ("HIPPA"), tengo ciertos derechos a la privacidad en cuanto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento con los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.
- Obtener el pago de pagadores terceros.
- Realizar operaciones normales de atención médica como evaluaciones de calidad y certificaciones de médicos. Entiendo que puedo solicitar por escrito que se restrinja cómo se utiliza o divulga mi información privada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Esta liberación de información permanecerá en vigor hasta que la termine por escrito o un año a partir de la fecha de mi firma, lo que ocurra primero.

Imprima el Nombre del Paciente

Fecha de nacimiento

Firma del Paciente o Representante del Paciente

Fecha