



DECLARACIÓN DE POLIZA DE PRIVACIDAD

Yo comprendo que, bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a privacidad con respecto a mi información médica protegida. Yo comprendo que esta información puede y será usada para:

- Conducir, planificar, y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en mi tratamiento directa o indirectamente.
- Obtener pagos de pagadores de tercera.
- Realizar operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Colorado Urology Associates (CUA) me ha informado de su Declaración de Poliza de Privacidad, conteniendo una descripción más completa del uso y divulgaciones de mi información de salud. Me han dado el derecho de repasar tal Declaración de Poliza de Privacidad antes de firmar el consentimiento. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Declaración de Poliza de Privacidad de tiempo a tiempo y que puedo contactar a esta organización a cualquier momento para obtener una copia de la Declaración de Poliza de Privacidad.

Comprendo que puedo solicitar por escrito que CUA restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo el tratamiento, pago, o operaciones de atención médica. También tengo entendido que CUA no es requerida a estar de acuerdo con mis restricciones solicitadas. En caso de que CUA acepte, entonces la organización está obligada a cumplir con tales restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que CUA haya tomado medidas basadas en este consentimiento.

Colorado Urology participa en la Organización de Información de Salud Regional de Colorado (CORHIO), un intercambio de información de salud regional que sirve a Colorado. Según lo permitido por la ley, su información de salud se compartirá con este intercambio para brindar un acceso más rápido, una mejor coordinación de la atención y para ayudar a los proveedores y a los funcionarios de salud pública a tomar decisiones más informadas. Puede "optar por no participar" y deshabilitar el acceso a su información de salud disponible a través de CORHIO completando y enviando un formulario de exclusión a CORHIO por correo / fax a través de su sitio web en www.corhio.org.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN A CONTACTOS (POR FAVOR ESCRIBA NOMBRES)

Primer Individuo

Relación

Número de Teléfono

Segundo Individuo

Relación

Número de Teléfono

Tercer Individuo

Relación

Número de Teléfono

ACEPTACIÓN Y INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Por favor provee un número de teléfono donde el doctor puede dejar mensajes detallados para usted.

Número: _____

Firma: _____

Fecha: _____