

Ryan P. Crenshaw, MD

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, PAGO Y ASUNTOS DE SALUD

Yo, _____, autorizo al Dr. Ryan Crenshaw usar y divulgar mi información de salud, que específicamente me identifique o que razonablemente se puede utilizar para identificarme para mi tratamiento, pago y asuntos de salud. Entiendo que este consentimiento es voluntaria. Si yo niego a firmar este consentimiento, el Dr. Crenshaw puede negar en darme tratamiento.

Me han informado que el Dr. Crenshaw ha preparado un anuncio (el "Aviso") que describe con más detalle los usos y revelaciones que se puede hacer de mi información de identificación individual para el tratamiento, pago y operaciones de asuntos de la salud. Entiendo que tengo el derecho de revisar este anuncio antes de firmar este consentimiento.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento comunicando con nota escrito al Dr. Crenshaw. Pero si revoco mi consentimiento, tal revocación no afectará ninguna acción que el Dr. Crenshaw tomó antes de recibir mi revocación.

Yo entiendo que el Dr. Crenshaw ha reservado el derecho de cambiar su prácticas de privacidad y que puedo obtener notificación cambiado a petición.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar que el Dr. Crenshaw restringe cómo mi información de salud identificable individualmente se utiliza y / o divulgación de cumplir tratamiento, pago o asuntos de salud. Yo entiendo que el Dr. Crenshaw no tiene que estar de acuerdo a restricciones, pero que tales restricciones, una vez que estan de acuerdo, el Dr. Crenshaw tiene que adherir con estas restricciones.

Firma del paciente o el representante del paciente

Fecha

Imprima el nombre del paciente o del representante del paciente

Relación con el paciente

Denego a firmar este formulario de consentimiento, que reconoce la aplicación de privacidad HIPAA por Dr. Crenshaw.

Firma del paciente o el representante del paciente

Fecha