

Castillo Walters OBGYN
A Division of Atlanta Women's Health Group, P.C.

Atestación de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

NOMBRE DE LA PACIENTE: _____

No . de Cuenta : _____

Yo entiendo que puedo solicitar una restricción sobre cómo mi información de salud es divulgada para el tratamiento o atención médica. Sin embargo, puede haber momentos en los cuáles Atlanta Women's Health Group, PC, no puede cumplir con mi solicitud de restricción. Por ejemplo, pueden necesitar revelar información médica para recibir el pago de una compañía de seguros o para mi tratamiento.

Doy mi consentimiento para la divulgación de mi información médica protegida con fines de diagnóstico médico, prestación de tratamiento, obtener el pago, o para llevar a cabo operaciones de salud necesarias y autorizar el pago directo de las prestaciones de seguro médico a Atlanta Women's Health Group, PC, por servicios realizados. También entiendo y acepto que soy responsable por el pago de todos los cargos válidos no pagados por mi seguro médico.

Acepto que no hay ninguna garantía de protección de mis registros médicos si un tribunal ordenó la liberación de los mismos. En el caso de los procedimientos legales que implican el cuidado del paciente, entiendo que el contenido de mi archivo debe estar a disposición de los abogados que representan la práctica y empleado profesional.

He recibido una copia de Atlanta Women's Health Group, del Aviso de prácticas de privacidad en la fecha indicada más abajo, y me han informado que seré notificada de cualquier cambio durante mis visitas al consultorio en el futuro. Tambien puedo obtener una copia actualizada visitando el sitio Web www.awhg.org

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Nombre del Paciente o Representante Personal

Fecha