



CASTILLO * WALTERS OB/GYN

4488 North Shallow ford Road NW.
Suite 210
Atlanta, GA 30338
Telephone (770) 730-0451

3630 Savannah Place Drive
Building 100, Suite B
Duluth, GA 30096
Telephone (678) 474-0203

NOTIFICACION PARA EL PACIENTE

HIPAA es un acrónimo para *Health Insurance Portability & Accountability Act* de 1996 (una ley federal). De significativa importancia para organizaciones del cuidado médico es la Sección de Simplificación Administrativa del Acta, la cual requiere que las organizaciones del cuidado médico cumplan con regulaciones específicas acerca de:

- Identificadores Unicos para planes de salud, proveedores, individuos, empleadores
- Transacciones médicas & Set de Códigos para transmitir información electrónicamente
- Regulaciones de Privacidad sobre el uso y divulgación de información médica
- Regulaciones de seguridad sobre protección de información electrónica de salud

Yo doy autorización a Castillo Walters OB/GYN para dejar información médica referente a mi cuidado por medio de los siguientes métodos y asumo la responsabilidad de notificarles cuando ocurra un cambio en de información.

| | | | |
|---------------------------------|----------|----------|-------------------------|
| Teléfono de la casa | Si _____ | No _____ | Tel.#: _____ |
| Máquina contestadora en la casa | Si _____ | No _____ | |
| Teléfono del trabajo | Si _____ | No _____ | Tel #: _____ |
| Voice mail (trabajo) | Si _____ | No _____ | |
| Celular /cellular (voice mail) | Si _____ | No _____ | Cel #: _____ |
| Pager/ Beeper | Si _____ | No _____ | Pager.#: _____ |
| E-mail | Si _____ | No _____ | E-mail-dirección: _____ |

Por favor, escriba una lista de personas con las cuales podemos discutir su cuidado médico:

| Nombre | Si | No | Relación con el paciente | Número de Teléfono |
|--------|----|----|--------------------------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Firma del Paciente/ Guardian

Fecha