Gulf Coast Medical Center
NCQA Recognized Patient-Centered Medical Home

Aviso de Prácticas de Privacidad y consentimiento para el uso de IPS

_____ _____
Nombre del Paciente **Fecha**

_____ _____ _____
Fecha de nacimiento **Número de teléfono (Casa/celda).** **Número de Cuenta**

Entiendo que en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), tengo algunos derechos de los pacientes en cuanto a mi información de salud protegida.

Tengo entendido que Gulf Coast Medical Center puede usar o divulgar mi información de salud protegida para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud, lo que significa para la atención de la salud para mí, el paciente; el manejo de facturación y pago; y, teniendo cuidado de otras operaciones de cuidado de la salud.
A menos que sea requerido por la ley, no habrá otros usos y divulgaciones de la información sin mi autorización.

Gulf Coast Medical Center tiene un documento detallado denominado " ***Aviso de Prácticas de Privacidad".*** Contiene una descripción más completa de su derecho a la privacidad y cómo podemos utilizar y divulgar información de salud protegida.

Entiendo que tengo el derecho a leer la *"Nota"* antes de firmar este acuerdo. Si me preguntan, la Gulf Coast Medical Center me proporcionará más actual con el *Aviso de Prácticas de Privacidad*.

Mi firma a continuación indica que se me ha dado la oportunidad de revisar la copia del Aviso de Prácticas de Privacidad . Mi firma significa que estoy de acuerdo con permitir que Gulf Coast Medical Center para utilizar y divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que Gulf Coast Medical Center ha tomado medidas basándose en la autorización.

Lista las demás personas autorizadas para tener acceso a sus expedientes médicos:

_____

_____

¿Reside usted en un SNF (Centro de enfermería especializada)? **SÍ** o **NO** : _____

¿Tenemos permiso para divulgar su información médica a esta planta? **SÍ** o **NO**

¿Tenemos permiso para dejar un mensaje de correo de voz? **SÍ** o **NO**

Doy mi consentimiento para recibir las llamadas de Gulf Coast Medical Center para mi salud protegida y otros servicios en el número de teléfono(s) enumerados más arriba, como la de mi número de teléfono móvil. Entiendo que puede ser cargada de dichas llamadas de mi operadora inalámbrica y que pueden ser generados por un sistema de marcación automática.

_____ Estos apartamentos _____
Firma (Paciente o Tutor Legal/Representante Autorizado) **Fecha**

_____ Estos apartamentos_____
Relación con paciente si firmado por otra parte **Fecha**

Usted puede obtener una copia de nuestro Aviso de *Prácticas de Privacidad*, incluyendo cualquier revisión de nuestra "comunicación" en cualquier momento, ingresando a nuestro sitio web: www.gcmc1.com, le preguntamos al recepcionista o llamando 727-868-2151 y solicitar una copia se enviará a usted.

11528 US 19, Port Richey, FL 34668
9238 US 19, Port Richey, FL 34668
11034/6 Spring Hill Dr. , Spring Hill, FL 34608-5048
727-868-2151
Privacidad: Lori Brienza, RN, LHRM, CCS-P • Tina Strobbe, RN, MBA, LHRM

 Copyright 2015 Gulf Coast Medical Center