

Departamento de Salud Del Condado de Knox

Acuerdo de Privacidad

Patient's Name: _____

Medical Record Number: _____

Date of Birth: _____

Comprendo que como parte del cuidado de mi salud, el Departamento de Salud del Condado de Knox crea y mantiene registros que me identifican y describe la historia de mi salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos y cualquier otro plan para tratamientos en el futuro. Yo consiento el uso y revelación de mi protegida información de salud y comprendo que esta información sirve como:

1. Una base para planificar el cuidado de mi salud y tratamiento.
2. Un medio de comunicación entre los diversos proveedores que contribuye en mi cuidado.
3. Un medio de comunicarse conmigo, usando los métodos de contacto que he dado, para que cuando sea necesario recordar las citas , informaciones acerca del manejo de la enfermedad, programas para mejorar la salud, recordar la fecha para renovar las medicinas (refill) y otras comunicaciones acerca del manejo de mi caso o coordinación para el cuidado de mi salud.
4. Un medio para notificarme acerca del tratamiento o servicios disponibles que puedan ayudarme.
5. Una fuente de información para presentar mi diagnóstico e información médica en la factura de cobro.
6. Un medio con el cual un tercer pagador (compañía de seguros, etc.) pueda verificar que los servicios a pagar por ellos, fueron actualmente provistos por el Departamento de Salud del Condado de Knox.
7. Un instrumento para las operaciones de rutina , tales como, presentar cualidad de servicios, revisar la competencia de los

Profesionales de salud que me han atendido y comprendo que la Nota de la Práctica de la Privacidad provee una descripción más completa de mi estado de salud y servicios presentados.

1. Entiendo que tengo el derecho de revisar el anuncio antes de firmar este consentimiento.
2. Entiendo que el Departamento de Salud del Condado de Knox tiene el derecho de cambiar este anuncio. Sin embargo, antes de de agregar algún cambio, El Departamento de Salud colocará una copia corregida en las clínicas del Departamento de Salud y en su página electrónica.
3. Comprendo que tengo el derecho de requerir restricciones de cómo la información de mi salud debe ser usada o revelada para continuar con mi tratamiento, pago, u operaciones del Departamento de Salud del Condado de Knox. Si las restricciones son aceptadas por el Departamento de Salud del Condado de Knox, son obligatorias.
4. Comprendo que el Departamento de Salud no tiene que aceptar las restricciones requeridas por mi.

Entiendo que puedo eliminar este consentimiento, con la excepción que el Departamento de Salud del Condado de Knox haya tomado acción durante el tiempo de confirmación; si renuncio a mi consentimiento, debo hacerlo por escrito.

Pido las siguientes restricciones del uso o revelaciones de la información de mi salud: Ninguna, o:

Firma del paciente o representante legal: _____

Fecha: _____

Since the patient is unable to read this document, I have explained the material verbally and answered his/her questions.

Signature, KCHD / Date: _____

RESTRICTIONS:

Accepted

Denied

Signature, KCHD Management / Title / Date