

Central Coast Oncology and Hematology

Amy McMullen, M.D.
Giselle Salmasi, M.D.
Michael Yen, M.D., PhD.

Aceptación de Privacidad y Consentimiento General

Entiendo que mi privacidad está protegida y he recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad.	Circule: Si No
Doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico de Central Coast Oncology & Hematology	Si No
He leído y entiendo las pólizas financieras y de la oficina. Entiendo que cualquier violación de estos términos será referido a una agencia de cobro y/o terminación de servicios.	Si No
Autorizo a mi médico y/o al representante de mi médico a dejarme mensajes confidenciales.	Si No
Si quieres, por favor escriba aquí el número(s) de teléfono: _____	
Autorizo a mi médico y /o al representante de mi médico, compartir información de mi cuidado médico con: _____	
Nombre/Relación al paciente	Nombre/Relación al paciente

Entiendo que bajo el Acto de Transportabilidad de Seguro de enfermedad & Acto de Responsabilidad de 1996 ("HIPAA"), cuento con ciertos derechos de privacidad con respecto a la protección de mi información de salud. Entiendo que esta información puede y será utilizada en los siguientes casos:

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y su seguimiento entre los múltiples proveedores de salud quienes están involucrados directa e indirectamente en ese tratamiento.
- Obtener el pago de seguros de terceros.
- Conducir procedimientos normales de salud tales como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Comprendo que puedo solicitar por escrito restricciones en mi información, la manera que mi información privada sea utilizada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, y las transacciones de pago o asistencia médica. También comprendo que ustedes no están obligados a aceptar mi solicitud de restricción, pero si ustedes están de acuerdo, entonces ustedes tienen que actuar de acuerdo a esas restricciones.

Nombre del Paciente (letra de molde)

Fecha

Firma del Paciente/Padre/Guardián

Fecha de Nacimiento del Paciente

1669 DOMINICAN WAY • SANTA CRUZ, CALIFORNIA 95065 • TELEPHONE 831-475-2220 • FAX 831-475-2221