



Código de confidencialidad

Para proteger su privacidad, suministre a Kennedy Health Alliance un código de confidencialidad que le permita seleccionar solo a aquellas personas que usted desea que tengan acceso a la información de salud protegida [PHI, por sus siglas en inglés] suya o de su hijo. Se le pedirá este código antes de tratar cualquier Información de salud protegida con usted por teléfono. Este código no se aplica a otras divulgaciones de su PHI permitidas por la Norma de privacidad. Proteger la privacidad de la información de pacientes es una prioridad para Kennedy Health Alliance [KHA].

Le sugerimos que elija cuatro [4] números o una palabra código para su código de confidencialidad que ninguna persona que no sea(n) la(s) persona(s) que autorice pueda(n) descubrir con facilidad (por ej., la fecha de nacimiento).

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Código de cuatro (4) dígitos

Palabra código

**Al firmar a continuación, elijo EXCLUIRME, es decir que NO otorgo a nadie, excepto a mí mismo, acceso a mi información de salud. Comprendo que al firmar este formulario solo yo puedo recibir información sobre mi PHI. También sé que puedo cambiar esta decisión en cualquier momento completando un nuevo formulario.*

Firma:

Fecha de la firma:

Para obtener cualquier tipo de información de paciente de cualquier consultorio de KHA, necesitará suministrar su nombre y código de confidencialidad. Debe saber que **sin** el código no podremos suministrarle ninguna información. El Código de confidencialidad vencerá al año de la fecha de firma y debe completarse una vez por año.

Los pedidos de información clínica detallada o sensible, como resultados de pruebas de VIH o ETS, etc. no se pueden dar por teléfono y serán enviados a su proveedor de atención quien puede considerar que es necesario una consulta personal.

PERMISO PARA DEJAR MENSAJES

En caso de que mi proveedor de KHA o el personal necesiten contactarse conmigo para tratar algún asunto sobre mi información de salud, al marcar "acuerdo" a continuación, KHA tiene mi permiso para dejar recordatorios de citas y mensajes para devolver llamadas telefónicas no específicas en mi correo de voz personal, contestador automático o a un tercero que yo haya identificado como contacto. Comprendo que puedo cambiar esta designación en cualquier momento completando otro formulario.

_____ **Acuerdo** recibir mensajes como se describe anteriormente

_____ **No acuerdo** recibir mensajes como se describe anteriormente

Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del tutor (si corresponde): _____ Parentesco con el paciente: _____

Firma de la parte que consiente: _____

Sólo para uso del consultorio.

Recibido por: _____ Fecha: _____ Copia entregada al paciente Sí / No