



4832 S. 24th Street, Omaha, NE
Office: 402-502-1819
Fax: 402-502-2057
www.OmahaIntegratedRehab.com

Nueva información del paciente

Employer Name: _____

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____ Inicial: ____ Apellidos: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Número de la Seguridad Social: _____ - _____ - _____ Estado civil (por favor círculo): Solo Casado Viuda Divorciada

Fecha de nacimiento: _____ Idioma preferido: Inglés Español Other: _____

Teléfono de casa : (____) _____ - _____ Teléfono celular: (____) _____ - _____

Correo electrónico: _____

Datos de contacto de emergencia:

Nombre de la persona de contacto: _____ Número de teléfono de contacto: (____) _____ - _____

Información médica de los pacientes Formulario de consentimiento y aceptación de las prácticas de privacidad

Queremos que sepa cómo su Información Médica de los pacientes (PHI) se va a utilizar en esta oficina y sus derechos de los registros. Por favor, consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad de rehabilitación integrada, LLC para obtener una descripción completa de dichos usos y revelaciones. He de reconocer que una copia de dicho Aviso de Prácticas de Privacidad se ofreció a mí.

1. El paciente entiende y esta de acuerdo en permitir que esta oficina utilice su información médica de los pacientes (PHI) para los fines de tratamiento, pago, operaciones del cuidado de la salud, y la coordinación de la atención. Por ejemplo, el paciente está de acuerdo con permitir que esta oficina le pide su PHI a la Compañía de Seguros de Salud (o empresas) que nos proporciona el paciente, con el propósito de pago. Esta seguro de que esta oficina se limitará la liberación de toda la información confidencial a lo mínimo necesaria para que las compañías de seguros requieren de pago.
2. El paciente tiene el derecho de examinar y obtener una copia de su propio de salud registros en cualquier momento y solicitar correcciones. El paciente podrá solicitar información para saber lo que se a hecho y presentar por escrito las nuevas restricciones sobre el uso de su PHI. Nuestra oficina no está obligado a aceptar las restricciones.
3. El consentimiento escrito del paciente es que sólo se obtuvo un tiempo de los posteriores atención al paciente en esta oficina.
4. El paciente puede presentar una solicitud por escrito a revocar el consentimiento en cualquier momento durante la asistencia. Esto no afecta el uso de los registros de la atención antes de la petición por escrito a revocar el consentimiento sino que se aplicaría a cualquier atención después de que la solicitud se ha presentado.
5. Para su seguridad y derecho a la intimidad, todo el personal ha sido capacitado en el área de privacidad del historial del paciente y un funcionario de privacidad ha sido designado para hacer cumplir los procedimientos en nuestra oficina. Hemos tomado todas las precauciones que son conocidos por la oficina para asegurar que los registros no estén fácilmente disponibles para quienes no los necesitan.
6. Los pacientes tienen el derecho de presentar una queja formal con nuestro oficial de privacidad acerca de cualquier posible violación de estas políticas y procedimientos.
7. Si el paciente se niega a firmar el consentimiento para los fines de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud, el terapeuta físico y/o quiropráctico médico tiene derecho a negarse a prestar atención

He leído y entiendo cómo mi información médica de los pacientes será utilizado y estoy de acuerdo con estas políticas y procedimientos.

Firma del paciente o padre, madre o tutor del menor Paciente

Fecha