



**Nombre de Paciente:**

\_\_\_\_\_  
Primero MI Apellido Fecha \_\_\_\_\_

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida (PHI). También estamos obligados a proporcionar usted con nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad que describe nuestras responsabilidades legales Y SUS DERECHOS EN RELACIÓN CON EL USO DE SU PHI. Su firma a continuación es un reconocimiento de que usted ha tenido tiempo suficiente para leer el aviso (publicado en la sala de espera) y hará preguntas acerca de su aplicación.

**Firma (Paciente/ persona autorizada)** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**\*\* La designación de determinados parientes, amigos cercanos y otros cuidadores \*\***

Estoy de acuerdo en que el Certificado de Dermatología de Nueva Jersey, LLC puede revelar ciertos elementos de mi información de salud a un familiar, amigo cercano o tutor porque esa persona está comprometida con mi salud. En ese caso, Certificado de Dermatología de Nueva Jersey, LLC podrá revelar sólo la información que sea directamente relevante a la participación de esa persona con mi asistencia medica o pago relativo a mi salud. Designo la siguiente persona(s) que figuran a continuación como una persona(s) involucrado en mi atención médica o pago relacionado a mi atención médica para los propósitos de Certificados de Dermatología de Nueva Jersey, LLC haciendo la divulgación limitada descrita anteriormente. Yo entiendo que no soy necesario a nadie de la lista. También entiendo que puedo cambiar esta opción en cualquier momento por escrito.

**Estoy de acuerdo que mi información de salud protegida (PHI) podrá ser compartida con las siguientes personas:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Firma (Paciente/persona autorizada)** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**\*\* La comunicación de los resultados de la prueba\*\***

Método de comunicación preferido:  telefono  telefono celular  telefono de trabajo

Es correcto que deje un mensaje detallado en su contestador automático? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**\*\*Relase de Informacion\*\***

Autorizo la RELASE DE INFORMACIÓN MÉDICA a mi médico de referencia, a los consultores, si es necesario, y en la medida necesaria para procesar las reclamaciones de seguros. Autorizo el pago de prestaciones médicas de Certificado de Dermatología de Nueva Jersey. Entiendo que soy responsable por los pagos que no estan cubierto por el seguro. Entiendo que Medicare y la mayoría de las compañías de seguros no cubren los servicios médicos que se consideran de naturaleza descriptiva. Esto incluye pero no se limita a procedimientos como la extirpación de las marcas en la piel, vasos sanguíneos antiestéticos, Botox, Juvederm y Restylane inyecciones.

Escribir en letras de molde : \_\_\_\_\_