



715 Douglas Ave. Suite 45, Altamonte Springs, FL 32714 | Tel: 407-949-6737

Información de privacidad y consentimiento para el tratamiento y el uso y/o divulgación de información de atención médica

(Cumplimiento de HIPAA como se explica en el "Aviso de prácticas de información")

Autorizo a Altamonte Family Hearing LLC a discutir mi información de atención médica (que puede incluir la divulgación de diagnósticos, registros, citas, información de facturación y reclamos) con las personas u organizaciones enumeradas a continuación que puedan estar involucradas en mi atención médica. Entiendo que Altamonte Family Hearing LLC origina y mantiene mis evaluaciones, historial de salud auditiva, chequeos y registros futuros para atención o tratamiento. Reconozco que me han ofrecido un "Aviso de prácticas de información" que proporciona información detallada sobre la privacidad de mi información y, específicamente, mis registros de atención médica auditiva. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito a Altamonte Family Hearing LLC.

Por favor escriba el nombre de cualquier persona a quien usted dé su consentimiento para que Altamonte Family Hearing LLC divulgue su información de atención médica auditiva a:

1. _____ relación _____

2. _____ relación _____

3. _____ relación _____

Información de Contacto en caso de emergencia: _____
Nombre Numero de teléfono

¿Podemos utilizar la dirección que figura en su Cuadro de análisis del paciente para enviarle correspondencia?
SI NO

En caso negativo, ¿qué dirección podemos utilizar? _____

¿Podemos llamar y/o dejar un mensaje al número de teléfono que figura en su Cuadro de análisis del paciente?
SI NO

Si "NO", proporcione un número de teléfono para comunicarnos con usted y dejar mensajes. (____) _____

Altamonte Family Hearing no vende ni distribuye su información confidencial.

Su información se comparte únicamente según lo estipulado en el "Aviso de Prácticas de Información".

Entiendo que el proceso de eliminación de cerumen/cera y/o la toma de impresión de mi oído/s es un procedimiento semi-invasivo y que siempre existe la posibilidad de sufrir un traumatismo en la piel de las paredes de mi canal auditivo o en la membrana timpánica. Para impresiones de canales profundos, el procedimiento puede resultar algo incómodo, pero puede ser necesario para la eficacia de los audífonos recomendados. No son infrecuentes ligeras abrasiones y ligeros sangrados en las paredes de los canales auditivos. En caso de abrasión o traumatismo poco común, me derivarán a mi PCP o a un otorrinolaringólogo para recibir tratamiento. He notificado al médico presente actualmente sobre cualquier medicamento o condición que pueda afectar el procedimiento de toma de impresión.

Nombre de Paciente (Por favor imprima)

Firma de Paciente/ Guardián legal

Fecha