



**Women's Health
Center of Reno**
GYNECOLOGY | INFERTILITY | OBSTETRICS | UROGYNECOLOGY

Ley HIPAA y TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN

SEGURO DE CESIÓN Y TRANSMISIÓN

Autorizo por este medio que los beneficios de mi seguro médico le sean abonados directamente al profesional de la salud y asumo responsabilidad financiera por los servicios que no quedan cubiertos. También autorizo al profesional de la salud a transmitir toda información necesaria para procesar esta solicitud y todas las solicitudes a futuro. Comprendo que el profesional de la salud tiene derecho a cambiar sus prácticas de privacidad y que puedo obtener las notificaciones modificadas en la clínica. Si mi cuenta se envía a una agencia de cobros, acepto pagar todos los honorarios legales y por recaudación.

POLÍTICA FINANCIERA PARA EL PACIENTE

Al firmar a continuación, confirmo que he recibido, revisado y comprendido las políticas que se explican en el Formulario de Políticas Financieras de Salud para las Pacientes y que, además, les daré cumplimiento. El formulario detallado está a disposición de quienes lo soliciten.

Esta Autorización tendrá vigencia durante un año o hasta que yo presente un aviso de revocación ante el Departamento de Expedientes Médicos por escrito.

Entiendo que:

- una vez que “este establecimiento” transmita mi información de salud tras yo solicitarlo, no puede garantizar que el Receptor de dicha información no la retransmitirá a un tercero. Es posible que no se le exija al tercero que cumpla con los términos de esta Autorización o con las leyes vigentes a nivel federal y estatal que rigen sobre el uso y la transmisión de mi información de salud.
- Puedo presentar una solicitud por escrito en cualquier momento para inspeccionar y/u obtener una copia de mi información de salud que se guarda en este establecimiento, en conformidad con la Norma 45 de Privacidad Federal CFR (164.524).
- Mis expedientes están protegidos y la información allí contenida no puede transmitirse sin permiso por escrito
- Esta Autorización tendrá vigencia durante un año o bien hasta que yo presente un aviso de revocación ante el Departamento de Expedientes Médicos por escrito.

FIRMA DEL PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE LEGAL

SI FIRMA EL REPRESENTANTE LEGAL, ACLARAR RELACIÓN CON EL PACIENTE

FECHA

FIRMA DE TESTIGO (Opcional):