Harmony Community Clinic
1103 W Hibiscus Blvd, Suite 302A, Melbourne, FL 32901 · harmonycommunityclinic@gmail.com

Reconocimiento de Prácticas de Privacidad y Preferencias de Comunicación

Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)

Nombre del paciente (letra de molde) _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

1. Aviso de Prácticas de Privacidad

El Aviso de Prácticas de Privacidad de Harmony Community Clinic describe cómo se puede usar y compartir mi información de salud para tratamiento, pagos y operaciones de atención médica, y explica mis derechos, incluyendo el derecho a ver y obtener una copia de mi expediente, pedir correcciones, pedir restricciones, recibir un registro de las divulgaciones y presentar una queja.

☐ Recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

☐ Me ofrecieron una copia y no la quise.

2. Cómo puede comunicarse la clínica conmigo

Marque cada método que permite. El correo electrónico y los mensajes de texto comunes no son completamente seguros, y otras personas podrían ver los mensajes en un dispositivo compartido. Al marcar una casilla, acepto ese riesgo para ese método.

	Sí	No
Llamar a mi celular y dejar un mensaje de voz detallado	☐	☐
Llamar a mi casa u otro teléfono y dejar un mensaje de voz detallado	☐	☐
Mensajes de texto para recordatorios de citas	☐	☐
Mensajes de texto sobre resultados, recetas o mi tratamiento	☐	☐
Correo electrónico sobre citas, facturación y mi tratamiento	☐	☐
Boletines, promociones y anuncios de eventos de la clínica (opcional)	☐	☐

Mejor número de teléfono _____ Mejor correo electrónico _____

3. Personas que pueden recibir información sobre mi atención

Autorizo a Harmony Community Clinic a hablar sobre mis citas, tratamiento, resultados y facturación con las personas indicadas abajo. Puedo cambiar esta lista en cualquier momento por escrito.

Nombre	Parentesco	Teléfono	Información permitida (toda / solo citas / solo facturación)

☐ No compartir mi información con nadie, excepto cuando lo requiera la ley.

Entiendo mis derechos de privacidad y las preferencias de comunicación que marqué arriba. _____ Iniciales

Firmas

Al firmar abajo, confirmo que leí este formulario (o me lo leyeron) en un idioma que entiendo, que tuve la oportunidad de hacer preguntas y todas fueron contestadas, y que acepto sus términos de forma voluntaria.

Nombre del paciente (letra de molde)	Firma del paciente	Fecha

Padre / madre / tutor / representante legal (letra de molde, si aplica)	Parentesco con el paciente	Firma del representante	Fecha

Nombre y credenciales del proveedor	Firma del proveedor	Fecha

Cuéntenos sobre su visita

Su opinión ayuda a otras familias a encontrar atención de calidad. Después de su visita, escanee este código con la cámara de su teléfono para dejarle una reseña a Harmony Community Clinic en Google.

Gracias por confiarnos su salud.