



Mind Rejuvenation, LLC
Iftikhar Hussain, MD
Mical Pacheco, MSN, APRN, PMHNP-BC

PH: (918) 340-6460
FX: (918) 926-3376
4922 E 73rd St, Tulsa, OK 74136

Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996(HIPAA) **Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996**

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento (DOB): _____

Por favor revise cada sección a continuación y coloque sus iniciales para confirmar que ha leído y entiende la información proporcionada.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Autorizo a Mind Rejuvenation / AAIC a utilizar y divulgar mi Información Médica Protegida (PHI) y cualquier información de salud que me identifique personalmente a mí, a mi representante autorizado indicado anteriormente, y a representantes de agencias locales, estatales o federales, compañías de seguros u otras organizaciones según lo permita la ley federal o estatal, incluyendo para la revisión y el pago de reclamaciones.

También autorizo a Mind Rejuvenation / AAIC a compartir mi información médica con médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica para fines de tratamiento o coordinación de mi atención médica. Entiendo que la información divulgada puede incluir, entre otros, mi historial médico, diagnósticos y tratamiento.

Derecho a revocar esta autorización:

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a Mind Rejuvenation / AAIC, excepto en la medida en que ya se haya actuado basándose en esta autorización.

Fecha de vencimiento:

Esta autorización permanecerá vigente hasta que sea revocada por escrito por el paciente o según lo permita la ley.

Aviso de posible redistribución:

Entiendo que la información divulgada bajo esta autorización puede estar sujeta a redistribución por el destinatario y podría dejar de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad (HIPAA).

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONDICIONES DE TRATAMIENTO

Reconozco que he recibido o que se me ha ofrecido el Aviso de Prácticas de Privacidad (con fecha del 1 de junio de 2018) y las Condiciones de Tratamiento de Mind Rejuvenation / AAIC.

Entiendo que Mind Rejuvenation / AAIC mantiene registros médicos relacionados con mis síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos y planes futuros de atención médica. Esta información puede utilizarse para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, incluyendo la comunicación con otros proveedores de salud, evaluación de calidad y funciones administrativas, según lo permita la ley.



Mind Rejuvenation, LLC
Iftikhar Hussain, MD
Mical Pacheco, MSN, APRN, PMHNP-BC

PH: (918) 340-6460
FX: (918) 926-3376
4922 E 73rd St, Tulsa, OK 74136

Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996(HIPAA)
Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento (DOB): _____

AUTORIZACIÓN PARA CONTACTAR AL PACIENTE / REPRESENTANTE DE LA CUENTA

Autorizo a los médicos y al personal de Mind Rejuvenation / AAIC a contactarme y/o dejar mensajes detallados por correo, teléfono, buzón de voz, mensaje de texto o correo electrónico con respecto a resultados de laboratorio, información clínica y saldos de cuenta.

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Por favor proporcione 2 CONTACTOS DE EMERGENCIA a continuación.

NOTA: Estos contactos NO recibirán información personal ni médica (excepto la que sea médicamente necesaria en caso de emergencia) a menos que usted autorice compartir esta información seleccionando esa opción.

1. Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

¿Autoriza compartir información médica del paciente con este contacto? ☐ Sí ☐ No

2. Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

¿Autoriza compartir información médica del paciente con este contacto? ☐ Sí ☐ No

Certifico que he revisado la información anterior y que he colocado mis iniciales en cada sección para indicar que la entiendo.

Nombre en letra de molde del Paciente / Padre / Tutor Legal (Letra de Molde)

Nombre en letra de molde del Paciente / Padre / Tutor Legal (Firma)

Fecha