

Bluestone Physician Services
Consentimiento para servicios y Seguros Reconocimiento de HIPAA

Nombre del paciente completo: _____ **Fecha de Nacimiento:** ____ / ____ / _____

Comunidad: _____

Consentimiento para servicios y divulgación de información para el Tratamiento: Doy mi consentimiento a los servicios de evaluación y tratamiento determinados por los médicos, enfermeras o personas designadas por Bluestone ser necesario o conveniente. También consiento al uso y divulgación de mi información de salud por Bluestone para mi tratamiento, incluida la divulgación de mi información de atención médica a los proveedores -y las instalaciones no relacionadas con la azulada que puede estar involucrado en mi cuidado cuidado de la salud. Bluestone puede divulgar mi información de salud a y acceder a mi información médica de otros proveedores que utilizan un servicio de localización del registro o el servicio de información al paciente de un intercambio de información médica para el tratamiento a menos que objeto comprobando aquí:

Aviso de Privacidad y Consentimiento: Reconozco que tengo recibido una copia del Aviso de prácticas de Privacidad de Bluestone y entiendo que tengo el derecho de revisar esta política de privacidad antes de firmar este formulario de consentimiento. Entiendo que Bluestone puede cambiar sus prácticas de privacidad en el futuro, que los cambios serán publicados en la página web de Bluestone, y que puedo solicitar una copia de las nuevas prácticas de privacidad en cualquier momento. También entiendo que puedo contactar el Oficial de Privacidad de Bluestone con cualquier pregunta que pueda tener sobre el Aviso de prácticas de privacidad. Además de los otros usos y revelaciones descritas en este documento, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información de salud para los fines descritos en el Aviso de prácticas de privacidad, incluyendo operaciones de cuidado de la salud de Operaciones de Bluestone.

Asignación de seguros y pago de: Yo autorizo el pago directamente a el seguro de Bluestone, Medicare o beneficios de asistencia médica, o fondos de otras fuentes que tenga derecho a recibir como pago por los servicios prestados a mí. Doy mi consentimiento para el uso y divulgar mi información de salud para fines de pago. Además, mi aseguradora puede compartir mi pasados, actuales y futuros registros de salud y cuenta de Bluestone sobre los servicios recibidos de Bluestone y proveedores de atención no relacionadas con la azulada. Estos registros pueden ser utilizados por Bluestone, según sea necesario para administrar, coordinar y mejorar la calidad de mi cuidado . **Si no estoy de acuerdo , voy a comprobar la caja de abajo .**

Mi asegurador no podrá revelar información médica de los proveedores no relacionados en Bluestone para los fines descritos anteriormente.

Uso de los registros de atención de salud en las evaluaciones y Formación: Doy permiso a Bluestone para utilizar y divulgar la información recopilada en el curso de mi tratamiento de Bluestone, incluida la información de mis registros de tratamiento, a efectos de evaluación y capacitación del programa y para la revisión de la calidad del desempeño del personal de Bluestone.

Centrada en el paciente hogar médico y Gestión de Cuidados Crónicos : Doy permiso a Bluestone para inscribirme en el programa de Bluestone, que incluye visitas apropiadas médica/cuidado de la gestión y las actividades, que serán facturados a mi seguro con deducibles y co-pagos normales. Entiendo que la información sobre estos programas se incluye en la información de inscripción y en la página web de Bluestone.

Consentimiento para uso de registros médicos en la investigación Autorizo Bluestone Physician Services para usar o divulgar mi historia clínica para la investigación médica o académica, incluidos los registros de salud creados en cualquier momento por la azulada y registros Bluestone recibido de otros proveedores de atención médica, a menos que objeto comprobando aquí: A petición mía, Bluestone me dirá las fechas en la que mis registros médicos son liberados para la investigación, y me dicen cómo ponerse en contacto con los investigadores externos que han recibido mis registros.

Familia/Paciente y Paciente de el Puente de Acceso Portal de Bluestone: Yo (circule uno) **han sido/no han** presentado una copia de la directiva del cuidado de la salud, poder médico, tutela, u otra autorización firmada dando otra persona el poder para autorizar el uso y divulgación de mi información de salud. Si he presentado este tipo de autorización, autorizo a mi representante para comunicar con mi equipo proveedor de Bluestone electrónicamente a través del uso del puente de Bluestone y/o el Portal del Paciente de Bluestone. Para añadir usuarios adicionales vea el Formulario de Inscripción del puente, de el Bluestone Bridge. Para preguntas sobre el Puente llamen: 855-794-9476.

Este consentimiento se aplica a la información de salud que ya tiene Bluestone sobre mí, información sobre el cuidado futuro que pueda recibir de Bluestone, y la información que Bluestone recibe de terceros. Este consentimiento continuará a menos que se cancela mediante notificación escrita a Bluestone Physician Services o que se venza según lo requerido por la ley. La cancelación sólo se aplicará después de la fecha en que se recibió la notificación para cancelar. No afectará a la información que fue utilizada o divulgada antes de la cancelación.

Firma del paciente (o representante legal)

Fecha

Nota: *Este consentimiento debe ser firmado por el paciente , a menos que el paciente está mental o físicamente incapaz de firmar.*

Correo Electrónico:

Sin correo electrónico Dirección No quiere tener acceso al puente de Bluestone o Portal del Paciente en este momento

(Representante legal - Relación con el cliente)

La discapacidad física o mental Otros

Envíen formularios completados por fax: MN:855-306-1167 WI:888-972-8297 FL:855-523 -3935
08,2016