FIRMAS DEL PACIENTE

Reconocimiento de notificacion de Practicas de Privacidad:

Se me ha ofrecido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad. Entiendo que One World Healthcare tiene derecho a cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactar a One World Healthcare en cualquier momento para obtener una copia actual.

****Firma:** _____ Fecha: _____

Autorizacion para la divulgacion de informacion de salud:

Por la presente autorizo One World Healthcare a dar cualquier información médica o incidentales a mi médico de referencia o cualquier otros médicos que han sido o pueden participar en mi cuidado. También autorizo la divulgación de información que pueda ser necesaria en el procesamiento de los reclamos de seguros.

Por lo presente autorizo y doy permiso a One World Healthcare y a los empleados a hablar, enviar y / o recibir información sobre mi salud personal a / con la siguiente persona (s):

Nombre:_____Relacion:_____Numero Telefonico: _____

Nombre_____Relacion:_____Numero Telefonico: _____

****Firma:** _____Date: _____

Autorizacion para la divulgacion de informacion de prescripcion:

Por lo presente autorizo One World Healthcare a dar cualquier información de recetas a:

Nombre de Pharmacia _____ Calles Principales: _____

****Firma:** _____ Fecha: _____

Aceptacion del acuerdo financier del paciente:

He leído, entendido y estoy de acuerdo con lo dispuesto en la Política de Responsabilidad Financiera del Paciente.

****Firma:** _____ Fecha: _____

Aceptacion de autorizacion portal del paciente:

□ Estoy rechazando la activación de mi cuenta de Portal del Paciente.

□ Al firmar abajo, reconozco que me gustaría una cuenta Portal del Paciente y acepto los términos y condiciones establecidos en la Política de autorización Portal.

Correo electronico:

****Firma:** _____Fecha: _____

**Nombre del paciente: _____