Potomac
Physician Associates

GERMANTOWN

Lillian M. Cardona, M.D.
Labkhand Kossari, M.D.
Sharmila Matippa, M.D.
Tyler Thompson, M.D.
Stephanie Eider, P.A.-C
Claire Jakabcin, P.A.-C

Family Medicine
Internal Medicine

FORMA DE CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Reconocimiento de la Notificación

El panfleto titulado Notificación de las Prácticas de Privacidad provee información sobre como **Potomac Physician Associates** pudiera utilizar su Información de Salud Privada y como cumplimos con los requerimientos de la ley HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996).

Nuestra notificación de las prácticas de privacidad establece que nos reservamos el derecho de cambiar los términos descritos. Si esto sucediera, publicaremos dichos cambios en nuestras oficinas. Usted tiene el derecho de pedir restricciones en la manera en que se pudiera revelar la información sobre su tratamiento, pago y otras operaciones relacionadas a su cuidado medico. Nosotros no estamos obligados a aceptar sus restricciones pero si asi lo hiciéramos, nos comprometemos a mantener dicho acuerdo.

Con su firma usted ratifica y acepta que ha recibido la **Notificación de las Prácticas de Privacidad.**

_____

Firma del Paciente Fecha

Consentimiento para el uso y divulgación de su información

Con su firma usted nos da el consentimiento para usar y divulgar su información protegida de salud sobre su tratamiento, pago y las operaciones relacionadas al cuidado de su salud. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento. Debe pedir por escrito esta revocación y la misma no será válida si ya se ha divulgado la informacion basada en su consentimiento inicial. Yo solicito que los pagos autorizados por Medicare/Aseguradora por servicios prestados a mi persona por el medico o suplidor del servicio sean trasferidos a **Potomac Physician Associates**. Yo autorizo a que se divulgue al Centro de Medicare/Medicaid y sus agentes y alguna otra aseguradora con la cual yo tenga cobertura, la información que sea necesaria para determinar los beneficios y los pagos por los servicios prestados. Yo estoy de acuerdo en proveer los referidos y planes de tratamiento que sean requeridos por mi aseguradora. Todos los co-pagos requeridos según el contrato con la aseguradora serán pagados al momento del servicio.

_____

Firma del paciente Fecha

_____

Nombre del paciente

19735
Germantown Road
Suite 100
Germantown, MD 20874

P | 301.528.9272
F | 301.917.6501
W | www.ppa.md