***Confidencialidad y Autorización***

 Como usted sin duda sabe, los principales cambios en los requisitos federales de privacidad - las normas de privacidad de HIPAA obligan a la mayoría de los profesionales en salud den previo aviso sobre los derechos de privacidad y políticas detalladas destinadas a proteger su privacidad. Estos requisitos se pusieron en marcha, porque el aumento de la información del paciente está siendo compartida en formato digital a través de redes informáticas. Flor de Lis Salón de Belleza, LLC. se compromete a proteger la confidencialidad del paciente. Usted debe entender lo siguiente con respecto cómo tratamos su información de salud personal. 1) Cuando se registra como un nuevo paciente, se le pedirá que firme una autorización, también se proporciona a continuación, que incluye la liberación de información que nos permite solicitar y obtener los registros de los profesionales que se han visto con el fin de ayudarnos a su tratamiento. Si usted desea registros para ser enviado a un proveedor de salud que aún no ha visto, un familiar, un abogado, o de otra parte fuera de esta lista, primero debe firmar una liberación de la información antes de que podamos pasar su información. Usted puede estar sujeto a cargos. 2) No podemos divulgar información a los miembros de la familia, que no sean los padres o tutores legales, incluso si están involucrados en su cuidado, sin su permiso por escrito. 3) Con el fin de asegurar la calidad de la atención, los registros de Flor de Lis Salón de Belleza, LLC. son ocasionalmente revisados ​​tanto interna como por consultores externos en asuntos legales, clínicos, y otros que afectan a la calidad de los servicios que ofrecemos. Sólo se accede a la información necesaria, y cualquier crítica es por un personal profesional que trabaja bajo la condición de confidencialidad. 4) Si usted desea limitar la naturaleza de la información que se libera, o las partes anotado anteriormente para los cuales la información puede ser proporcionada, por favor pida una reunión con un coordinador de privacidad Flor de Lis Salón de Belleza, LLC para discutir limitaciones. En algunos casos, Flor de Lis Salón de Belleza, LLC no puede estar en una posición legal para honrar limitaciones solicitadas. 5) Podemos ser requeridos por la ley, en algunos casos, poner en conocimiento de su expediente que usted no ha autorizado. Ejemplos de ello son las citaciones en litigios penales o civiles, o peticiones / encuestas por agencias de licenciatura del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. 6) Debido a Flor de Lis Salón de Belleza, LLC está sujeto a HIPAA, las prácticas de datos y prácticas comerciales útiles, como el que le proporciona recordatorios de citas, que le notifica de los resultados de laboratorio, o el uso de hojas de inscripción, pero vamos a tomar medidas para hacerlo de una manera que tiene sus expectativas de privacidad en cuenta. Por favor informar al personal de cualquier limitación que usted quisiera honrar al respecto. 7) Flor de Lis Salón de Belleza, LLC se reserva el derecho de cobrar por la copia y reenvío de sus registros de salud. 8) Si bien los registros de la atención que proporcionamos son propiedad de Flor de Lis Salón de Belleza, LLC, vamos a ponerlos a disposición para su inspección y proporcionar copias a un precio razonable. Si usted tiene alguna preocupación acerca de su historial médico, por favor pida hablar con un miembro del Personal Médico Flor de Lis Salón de Belleza,LLC. 9) Se me ha ofrecido el derecho del paciente a revisar el documento completo cumplimiento de HIPAA y entender que Flor de Lis Salón de Belleza, LLC cumplirá para proteger mi privacidad.  Por favor, reconozco haber leído y revisado este aviso y autorización de esta divulgación de información médica al firmar a continuación.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Nombre del paciente (impreso) Fecha**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Firma del paciente**

 MÉDICO AUTORIZACIÓN DE REGISTROS DE PRENSA: Autorizo ​​a Flor de Lis Salón de Belleza, LLC para liberar mi información médica a cualquier profesional médico o de cuidado de la salud a los que me están referidos para la atención y al médico de atención primaria de la salud. También autorizo ​​a mis registros médicos para ser entregados a Lis Acebo de Terrazas o cualquier otro profesional de salud en Flor de Lis Salón de Belleza, LLC, que he visto por la atención. Esta autorización es efectiva por un período de un año.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre de Atención Primaria el número de teléfono del proveedor

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirección / Ciudad / Estado / Código Postal

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Médico Adicional número de teléfono del proveedor

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirección / Ciudad / Estado / CóHIPAAdigo Postal