



To our patients,

I understand that as part of my healthcare, this organization originates and maintains health records describing my health history, symptoms, examination and test results, diagnoses, treatment and any plans for future care or treatment.

I understand that this information serves as:

- A basis for planning my care and treatment.
- A means of communication among the many healthcare professionals who contribute to my care.
- A source of information for applying my diagnosis and surgical information to my bill.
- A means by which a third-party payer can verify that services billed were actually provided.
- A tool for routine healthcare operations such as assessing care quality and reviewing the competence of healthcare professionals.

I understand that I have the right:

- To object to the use of my health information for directory purposes.
- To request restrictions as to how health information may be used or disclosed to carry out treatment, payment or healthcare operations - and that the organization is not required to agree to the restrictions requested.
- To revoke this consent in writing, except to the extent that the organization has already taken action in reliance thereon.

In general, the HIPAA privacy rule gives individuals the right to request a restriction on uses and disclosures of their protected health information (PHI). The individual is also provided the right to request confidential communications or that a communication of PHI be made by alternative means, such as sending correspondence to an address other than your home address.

The physicians and staff of Dermatology Associates of the Palm Beaches respect your privacy and wish to make all reasonable attempts to respect your wishes regarding your confidential information. With that in mind, please indicate your preferences for the areas noted below.

I wish to be contacted by the telephone, FAX, and email I provide and it is OK to leave a detailed messages on these. I also wish to permit Dermatology Associates to contact my listed emergency contacts and direct family relatives in the same way.

I wish to be contacted by my home and cell phone numbers only. It is OK to leave a detailed voicemail on the numbers.

I wish to be contacted by my home and cell phone numbers only. However, any voicemail may only have a message identifying Dermatology Associates calling and I do not wish any medical information to be left on voicemail. I understand that this means that it will/might be more difficult for me to receive important medical information.

I give permission for photos to be taken of my skin. I understand that these photos will become part of my medical chart.

I give permission for photos (without any identifying features) to be used for research, teaching, or marketing purposes.

Other _____

Name

Relationship

Print Patient Name

Date of Birth

Patient Signature

Date



Para nuestros pacientes,

Yo entiendo que como parte de mi cuidado de salud esta organización crea y mantiene archivos medicos con descripción de mi historial de salud, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnosticos, tratamiento, y cualquier plan de cuidado futuro o tratamiento.

Entiendo que esta información servira como:

- Como base para tratar mi cuidado y tratamiento.
- Como un medio de comunicación entre todos los profesionales de cuidado de salud que contribuye a mi cuidado.
- Como una fuente de información para aplicar mi información de diagnosticos y cirugias a mi factura.
- Como un medio en que tercer pagadores puedan verificar que los sevicios facturados fueron realmente brindados.
- Como un instrumento de operación de cuidado de salud como evaluación de calidad de cuidado y revisión de la competencia de cuidado de salud de profesionales.

Yo entiendo que tengo el derecho de:

- De recharsa el uso de mi información de salud para propositos directorios.
- De requerir restricciones en como mi información de salud puede ser usada y divulgada para llevar acabo tratamiento, pago o operaciones de cuidado de salud - y que la organización no esta requerida a estar de acuerdo con las restricciones requeridas.
- Revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya ha tomado medidas al respecto.

En general, las reglas de privacidad HIPPA da derechos a individuos para pedir y restringir el uso y divulgación de su información protegida de salud (IPS). El individuo tambien es proveido el derecho a pedir comunicacion confidencial o que una comunicacion IPS sea hecha por otras alternativas como mandar corespondencia a una dirección diferente a su dirección de casa.

El medico y personal de Dermatology Associates of the Palm Beaches respeta su privacidad y de sea hacer todos los intentos razonables para respetar sus deseos acerca de su información confidencial. Con eso en mente, favor de indicar sus preferencias para las areas listadas abajo.

- Deseo ser contactado/a por teléfono, fax y correo electronico que yo provee y esta bien dejar un mensaje detallado en estos. Tambien deseo permitir a Dermatology Associates contactar a mis contactos de emergencia listados y familiares directos en la misma manera.
- Deseo ser contactado a mi teléfono de casa o celular solamente. Esta bien dejar un mensaje de voz detallado en estos numeros.
- Deseo ser contactado a mi número de casa y celular solamente. Sin embargo, cualquier mensaje de voz solamente identifique a Dermatology Associates llamando y deseo que ninguna información medica sea dejada en el mensaje. Yo entiendo que esto significa que va/puede ser más dificil para mi recibir información medica importante.
- Doy el permiso para fotos de mi piel. Entiendo que estas fotos pasarán a formar parte de mi expediente médico
- Doy el permiso para fotos (sin ninguna identificación características) que se utilizará para la investigación, enseñanza, o con fines de mercadeo.
- Otro _____

Nombre

Relación

Imprimir Nombre de Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma de Paciente

Fecha