

## HIPAA/Divulgación de Información de Salud Protegida (PHI)

---

### Nombre de la persona

Boston Mountain Rural Health Center, Inc. (BMRHC) se compromete a brindar seguridad para la privacidad y confidencialidad del paciente. Esta organización recopila, usa y divulga información de salud personal solo de conformidad con las leyes estatales y federales y con su autorización personal. Comprenda que esto puede incluir la recopilación de otras fuentes de información disponibles, como el historial de medicamentos y recetas y la verificación de la elegibilidad del seguro.

BMRHC participa en programas, como State Health Alliance for Records Exchange (SHARE), CommonWell y CareQuality para compartir y recibir su información de salud en todo el estado entre sus médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiología y otros proveedores de atención médica a través de medios electrónicos seguros. . Con acceso a su información de salud actualizada, su médico puede brindarle una atención médica más segura y eficaz que se adapte a sus necesidades médicas personales. Si desea excluirse, debe pedirle a su proveedor de atención médica y completar un formulario de exclusión voluntaria. También puede darse de baja para su hijo menor de edad (menor de 18 años) mediante el mismo proceso.

En un esfuerzo por brindarle un servicio más eficiente, BMRHC opta por que los pacientes ingresen a un sistema automatizado para recordarle citas, avisos de laboratorio por portal, recordatorios de mantenimiento de la salud, confirmación de recetas y notificaciones generales. Se le contactará utilizando la información de contacto más reciente registrada. Comprenda que es su responsabilidad informar a BMRHC cuando haya actualizaciones en su información de contacto personal. Puede darse de baja en cualquier momento.

### **BMRHC ofrece acceso a información médica a través del portal del paciente y/o la aplicación Healow.**

Comprenda que es su responsabilidad informar a BMRHC cuando haya actualizaciones en su información de contacto personal. Entiendo que es mi responsabilidad informar a BMRHC cuando cambie mi dirección de correo electrónico.

Deseo Habilitar Web mi cuenta (Portal del Paciente) **SOLO PARA PACIENTES DE 18 AÑOS Y MAYORES**

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

BMRHC también se da cuenta de que puede tener familiares o personas importantes con las que desee que su proveedor hable con respecto a su información de atención médica. Especifique la(s) persona(s) y su relación con usted para que su equipo de atención médica tenga permiso para hablar sobre su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Es su responsabilidad comunicar cualquier cambio al personal de BMRHC y solicitar una actualización en su registro médico.

| Nombre de la persona | Número de teléfono | Relación con usted |
|----------------------|--------------------|--------------------|
| _____                | _____              | _____              |
| _____                | _____              | _____              |
| _____                | _____              | _____              |

Al firmar a continuación, reconozco que soy el paciente o el representante autorizado del paciente.

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o representante designado

\_\_\_\_\_  
 Fecha