

Dr. Dan Cannon

6 Brooklet Street,
Asheville, NC 28801



Maggi Ormand, PA

P: 828.250.0898

F: 828.251.4671

www.CannonFamilyHealth.com

Políticas y Procedimientos

Gracias por elegir a Cannon Family Health como su práctica de atención primaria. El personal de Cannon Family Health se esfuerza por hacer de esta oficina un hogar médico acogedor para usted. Queremos que su experiencia con nosotros sea lo más cómoda y libre de estrés posible. Este paquete le dirá sobre quiénes somos y cómo operamos. No dude en ponerse en contacto con nuestra oficina si tiene alguna pregunta sobre nuestras políticas.

Horario de Oficina: Lun - Jue 8:30 am - 5:00 pm Vie. 8:30 am - 12:00 pm
(Estamos cerrados todos los días para el almuerzo 12:30 pm - 1:30 pm)

Horario de atención telefónica: Lunes - Jueves 8:00 am - 12:30 pm, 1:30 pm - 5:00 pm
Viernes 8:00 am - 12:00 pm

Nuestro número de teléfono de la oficina es 828-250-0898. Un médico de guardia está disponible para ayudarle después de las horas de oficina programadas si es necesario. Ese número es 828-251-4848. En caso de una emergencia no llame al médico de guardia, por favor llame al 911. Si necesita hacer una cita, por favor llámenos durante nuestras horas regulares de oficina.

- **NOMBRAMIENTOS**

Programación

Cuando llame para una cita, por favor proporcione a su personal con su nombre, fecha de nacimiento, número de teléfono, queja principal / motivo de la visita, y cualquier información actualizada de contacto o seguro. Si tiene visitas regulares de seguimiento por favor asegúrese de programar su próxima visita en el o ala salida check out. ** Si llamo por programas una cita deseguimiento, tenga en cuenta que no se puede hacer un chequeo completo en esa cita. Por favor, programe citas separadas para ese propósito.

Citas en el mismo día

Como su hogar médico, Cannon Family Health ofrece el mismo día / citas urgentes. Reservamos 4 cupos en la mañana y 4 cupos por la tarde para el mismo día / citas urgentes. En la mayoría de los días, hay es pauo disponible para citas de última hora. Si no hay espacio disponible, lo programaremos para la siguiente cita disponible. Si cree que no puede esperar, por favor informe al personal y se tomarán las medidas apropiadas.

Cancelaciones

Requerimos un aviso de 24 horas si necesita cancelar o reprogramar su cita. Si no nos da aviso de 24 horas o si no se presenta para la cita, se le cobrará una cuota de no presentación de \$ 30.

Tarde para una cita

Somos una práctica muy ocupada y el tiempo del proveedor es muy valioso. Es importante que nuestra oficina y otros pacientes estén a tiempo para su cita. Si un paciente tiene 15 minutos de retraso para una cita, se reprogramará para la próxima cita disponible.

Dr. Dan Cannon

6 Brooklet Street,
Asheville, NC 28801



Maggi Ormand, PA

P: 828.250.0898

F: 828.251.4671

www.CannonFamilyHealth.com

Falt a una cita

No podemos esta de menos reiterar lo importante que usted acuda a sus citas. Trataremos de llamar y recordarle las citas 1-2 días antes como una cortesía. Sin embargo, usted todavía es responsable de mantener su cita, incluso si no podemos comunicarnos con usted. Se le cobrará una cuota de no presentación de \$ 30 si no se presenta para una cita programada y no a cancelar. Después de 2 "no-shows" será despedido de la práctica.

Notas de cita - Hacemos todo lo posible por cumplir con el horario. Hay muchas maneras de ayudarnos a mantenerse a tiempo:

- ✓ Llegue a tiempo a su cita
- ✓ Entrar a la clínica sin previa cita no esta recomendado.
- ✓ Si usted programa una visita para un paciente, favor de hacerlo solo para ese paciente. Si tiene dos hermanos que necesitan ser vistos, por ejemplo, asegúrese de programar dos citas.
- ✓ Recuerde que las citas de ENFERMO / URGENTES no permiten suficiente tiempo para que se realice un examen físico.

**** Hacemos un gran esfuerzo para estar a tiempo con las visitas, pero emergencias ocurren de vez en cuando y podríamos retrasarnos como resultado. Intentaremos no perder su valioso tiempo. ****

- **Registrarse**

Cuando llegue a la oficina, firme en la recepción. Verificamos toda su información de contacto y seguro médico. **Usted debe traer su tarjeta de seguro e identificación con foto a cada cita.** Es su responsabilidad proporcionarnos cualquier cambio en su cobertura médica. Si usted tiene un debera cancelar/ o en el momento del servicio.

Aceptamos efectivo, cheque o tarjeta de crédito.

Cheques devueltos - Se cobrará un cargo de \$ 30 por todos los cheques devueltos.

Copagos

Como parte de nuestro contrato con las compañías de seguros, estamos legalmente obligados por los términos del contrato a pedirle que cancele el copago en el momento del servicio. Si no tiene su copago, le reprogramaremos su visita.

Papeleo

Todos los pacientes nuevos necesitarán completar un paquete para nuevos pacientes de Cannon Family Health. El paquete para nuevos pacientes se puede acceder en nuestro sitio web en www.CannonFamilyHealth.com. Si no tiene acceso a Internet, le podemos enviar por correo o fax el paquete. Todas las formas en el nuevo paquete del paciente deben ser completadas antes de su cita programada; De lo contrario los nuevos pacientes deben llegar 15 minutos antes para llenar el paquete. **Además, necesitaremos una copia actualizada de su tarjeta de seguro y una identificación con foto.**

Dr. Dan Cannon

6 Brooklet Street,
Asheville, NC 28801



Maggi Ormand, PA

P: 828.250.0898

F: 828.251.4671

www.CannonFamilyHealth.com

Seguro

Como cortesía para nuestros pacientes, Cannon Family Health se encargará de los cargos presentar de seguro en su nombre. Si usted también tiene un seguro secundario, por favor, informe a nuestro personal. Necesitaremos una copia de todas las tarjetas. Es su responsabilidad llamar a su compañía de seguros antes de su primera cita y asegurarse de que nuestra oficina esté en red con su seguro. También es su responsabilidad informar a nuestra oficina de cualquier cambio en la cobertura del seguro. El no hacerlo causará demoras o negación del pago del seguro.

Se le facturará cualquier cantidad de deducible o coaseguranza y / o cuotas por servicios no cubiertos por su seguro (como se indica en su contrato de seguro). Si no podemos verificar la cobertura de seguro antes de las citas programadas, los pacientes serán responsables de los honorarios asociados con las visitas al consultorio en el momento del servicio.

Pacientes de Medicaid

Si usted o sus hijos están en Medicaid, su tarjeta de Medicaid debe tener a Cannon Family Health como su proveedor. No podemos ver a los pacientes hasta que se corrija la tarjeta.

Pacientes de Medicare

Si es un paciente de Medicare, recuerde traer su tarjeta de Medicare a cada cita, así como cualquier tarjeta de seguro secundario o suplementario que pueda tener.

Póngase en contacto con nuestro departamento de facturación para cualquier pregunta de facturación que pueda tener respect a su cuenta- 828-250-0898

- ***PRESCRIPCIONES***

Cannon Family Health recomienda encarecidamente el uso de una sola farmacia para todas sus necesidades de recetas medicas. Por favor asegúrese de que la farmacia y Cannon Family Health estén al tanto de cualquier posible alergia a medicamentos que pueda tener.

Si necesita una recarga, llame a su farmacia local para recibir sus medicamentos y nos lo enviarán por correo electrónico o fax (828) 251-4671. Las solicitudes recibidas después de las 3:00 pm serán procesadas el siguiente día hábil.

Tenga en cuenta que los medicamentos narcóticos requieren una receta de papel firmada por el Dr. Cannon. No se darán recargas anticipadas.

Los cambios y / o nuevas recetas sólo pueden ser completados por el médico. Tenga en cuenta que es posible que tenga que ser visto para recibir una nueva receta. Por favor, no pida al personal que altere su (s) medicamento (s) o instrucciones de dosificación.

Dr. Dan Cannon

6 Brooklet Street,
Asheville, NC 28801



Maggi Ormand, PA

P: 828.250.0898

F: 828.251.4671

www.CannonFamilyHealth.com

- ***Servicios de Laboratorio***

Cannon Family Health tiene un laboratorio interno para la comodidad de nuestros pacientes. Los pacientes con cobertura de seguro serán facturados directamente del laboratorio por cualquier servicio de laboratorio realizado. A los pacientes de Medicare se les puede pedir que firmen una Asignación de Beneficios.

- ✓ Nuestro laboratorio está abierto de 8:30 am - 12:30 pm M-TH.

Check Out - Seguimiento y citas de rutina se realizará en el mostrador durante el check out.

- ***REFERENCIAS***

Las referencias sólo pueden ser hechas por el médico. Si usted no ha sido visto por esta queja en esta oficina, la remisión requerirá una visita a la oficina. Una vez que el Dr. Cannon haya hecho una referencia, por favor deje 3 días hábiles para su procesamiento. Una vez que enviemos la referencia a la facilidad apropiada, esa facilidad le contactará directamente para programar su primera cita. Comuníquese con nuestra oficina si no ha oído hablar de su referencia dentro de 4-5 días hábiles.

- ***MENSAJES***

Todos los mensajes de teléfonos recibidos antes de las 3 pm serán seguidos en el mismo día. Si recibimos su mensaje después de las 3 pm le daremos seguimiento en el siguiente día hábil. Todos los mensajes a través desde el portal del paciente se responderán en un plazo de 24 horas después de recibir el mensaje.

- ***LLAMADAS AUTOMATIZADAS***

Cannon Family Health utiliza un sistema de recordatorio automatizado para las citas, resultados de laboratorio, recordatorios de saldos pendientes y mensajes importantes de nuestra oficina. Al firmar abajo, usted autoriza a Cannon Family Health que envíe llamadas automatizadas a su número de teléfono de contacto preferido.

Dr. Dan Cannon

6 Brooklet Street,
Asheville, NC 28801



Maggi Ormand, PA

P: 828.250.0898

F: 828.251.4671

www.CannonFamilyHealth.com

COMO PACIENTE, USTED TIENE CIERTOS DERECHOS EN CANNON FAMILY HEALTH:

1. Usted tiene derecho a ser tratado con respeto, consideración y dignidad.
2. Nos esforzaremos por darle la bienvenida con una sonrisa y una cálida bienvenida.
3. Usted tiene derecho a recibir atención médica de alta calidad de una manera segura, oportuna, eficiente y rentable.
4. Mantendremos su información médica privada según lo establecido en las pautas por HIPPA.
5. Usted tiene derecho a participar en su atención médica junto con su médico.
6. No se realizará ningún procedimiento o tratamiento sin su consentimiento informado.
7. Usted tiene el derecho de conocer los servicios disponibles en la instalación.
8. Usted tiene el derecho de saber qué honorarios se esperan y cuáles son las políticas de pago.

USTED TAMBIÉN TIENE CIERTAS RESPONSABILIDADES COMO PACIENTE:

1. Usted tiene la responsabilidad de proporcionar a todo el personal clínico la información de salud que necesita, incluyendo cualquier medicamento que esté tomando.
2. Usted tiene la responsabilidad de seguir las instrucciones de la enfermera o el médico con respecto a la dieta y / o medicamentos.
3. Usted tiene la responsabilidad de abstenerse de usar cualquier medicamento que no se le haya recetado y que no haya revelado a nuestra enfermera o médico.
4. Usted tiene la responsabilidad de abstenerse del uso del alcohol según lo indicado por su enfermera o médico.
5. Usted tiene la responsabilidad de informar a la enfermera o al médico si no entiende las instrucciones o si no entiende el curso del tratamiento planeado para usted.
6. Usted tiene la responsabilidad de pagar puntualmente todas las facturas médicas que no están en disputa y de enviarnos cualquier dinero que uds reciba de cualquier compañía de seguros por nuestros servicios.

Dr. Dan Cannon

6 Brooklet Street,
Asheville, NC 28801



Maggi Ormand, PA

P: 828.250.0898

F: 828.251.4671

www.CannonFamilyHealth.com

RECONOCIMIENTO de POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido, revisado, entendido y cumpliré con las políticas y procedimientos explicados en el Manual de procedimientos y políticas de Cannon Family Health, PLLC Office

Nombre Impreso

Firmar

Fecha

¡Gracias!
Cannon Family Health, PLLC

Dr. Dan Cannon

6 Brooklet Street,
Asheville, NC 28801



Maggi Ormand, PA
P: 828.250.0898
F: 828.251.4671
www.CannonFamilyHealth.com

Por favor responde TODAS las preguntas

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Seguro Social # _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____

Teléfono de casa # _____ Puede dejar mensaje ____ Sí ____ No

Número Celular # _____ Puede dejar mensaje ____ Sí ____ No

Dirección de correo electrónico _____

(Con nuestro nuevo portal de pacientes en nuestro sitio web www.CannonFamilyHealth.com, los pacientes podrán solicitar citas, pagar facturas, recibir recordatorios de citas e información sobre educación en salud. Su dirección de correo electrónico puede aparecer como su método de contacto principal.)

Por favor circule su método de contacto preferido: Teléfono de casa, Número Celular, Correo electrónico

Estado civil: Soltero / Casado / Divorciado / Viudo / Separado / Compañero

Eres hispano / latino? Sí or No (please circle one)

Idioma preferido: _____

Etnicidad _____ o Comentario Rechazado

Empleador _____ Número de teléfono del trabajo _____

Contacto de emergencia _____ Telefono# _____

Relación _____

¿Cómo supo de Cannon Family Health? _____

Continúa en la siguiente página

Dr. Dan Cannon

6 Brooklet Street,
Asheville, NC 28801



Maggi Ormand, PA
P: 828.250.0898
F: 828.251.4671
www.CannonFamilyHealth.com

Facturación:

Seguros primarios actuales _____

Seguros Secundarios _____

Nombre en la tarjeta de seguro si es diferente del paciente: _____

Titulares de la póliza Fecha de nacimiento: _____

Si el paciente es un menor por favor conteste lo siguiente:

Padre: _____ Teléfono durante el día # _____

Madre: _____ Teléfono durante el día # _____

*** Representante legal:** _____
(Nombre que las facturas deben enviarse por correo a)

Entiendo que estoy autorizando el tratamiento de Cannon Family Health y que soy financieramente responsable de todos los cargos por los servicios que me han prestado incluyendo el saldo restante después del pago de posibles beneficios de seguro. Autorizo el pago de gastos médicos al proveedor de servicios profesionales ofrecidos. Autorizo la liberación de cualquier información médica para procesar reclamos.

Se me ha presentado una copia del Aviso de Políticas de Privacidad de Cannon Family Health, detallando cómo mi información puede ser usada y revelada como lo permite la ley federal y estatal. Entiendo el contenido de la Notificación y solicito las siguientes restricciones relativas a mi información médica:

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Representante legal si el paciente es menor de edad: _____

Relación _____ Fecha _____

Dr. Dan Cannon

6 Brooklet Street,
Asheville, NC 28801



Maggi Ormand, PA

P: 828.250.0898

F: 828.251.4671

www.CannonFamilyHealth.com

HIPAA Omnibus Aviso de Prácticas de Privacidad Revisado enero 2017

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVISARLO CON CUIDADO.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad no es una autorización. Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo nosotros, nuestros Asociados de Negocios y sus subcontratistas, podemos usar y divulgar su información médica protegida (PHI) para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica (TPO) y para otros fines permitidos o requeridos por ley. También describe sus derechos de acceso y control de su información de salud protegida. "Información de salud protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica, que puede identificarle y que se relaciona con su condición de salud física, mental o de salud mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Su información médica protegida puede ser utilizada y divulgada por su médico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que están involucrados en su cuidado y tratamiento con el propósito de proveerle servicios de cuidado de salud, pagar sus cuentas de cuidado de salud, El funcionamiento de la práctica del médico y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Utilizaremos y revelaremos su información médica protegida para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o administración de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, su información de salud protegida puede ser proporcionada a un médico a quien se le ha referido, vendedores de DME, centros / hospitales de cirugía, médicos de referencia, médicos de familia, fisioterapeutas, proveedores de servicios de salud en el hogar, laboratorios, , Etc para asegurar que el proveedor de atención médica tiene la información necesaria para diagnosticar o tratarlo.

Pago: Su información de salud protegida se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, la obtención de la aprobación para una estadía en un hospital, cirugía, resonancia magnética u otra prueba diagnóstica, procedimientos de inyección, series de inyección, terapia física, etc., puede requerir que su información protegida relevante sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación del procedimiento.

Operaciones de Salud: Podemos usar o revelar, según sea necesario, su información médica protegida para apoyar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, la evaluación de la calidad, la revisión de los empleados, la capacitación de estudiantes de medicina, la concesión de licencias, la recaudación de fondos y la realización o la organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos revelar su información de salud protegida a los estudiantes de la escuela de medicina que ven pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique a su médico. También podemos llamarle por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verle.

Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para comunicarse con usted para recordarle su cita e informarle sobre las alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de interés para usted. Si utilizamos o divulgamos su información médica protegida para actividades de recaudación de fondos, le proporcionaremos la opción de optar por no participar en esas actividades.

(Continúa en la parte posterior)

Dr. Dan Cannon

6 Brooklet Street,
Asheville, NC 28801



Maggi Ormand, PA

P: 828.250.0898

F: 828.251.4671

www.CannonFamilyHealth.com

Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: como lo requiere la ley, las cuestiones de salud pública requeridas por la ley, las enfermedades transmisibles, la supervisión de la salud, el abuso o la negligencia, los requisitos de la administración de alimentos y drogas, los procedimientos legales, la aplicación de la ley, los forenses, los directores de funerarias, la donación de órganos, La actividad militar, la seguridad nacional, la indemnización de los trabajadores, los reclusos y otros usos y divulgaciones requeridos.

Bajo la ley, debemos hacerle revelaciones a su solicitud. De acuerdo con la ley, también debemos revelar su información médica protegida cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Otros Usos y Revelaciones Permitidos y Requeridos serán hechos solamente con su consentimiento, autorización u oportunidad para objetar a menos que sea requerido por la ley. Sin su autorización, estamos expresamente prohibidos de usar o divulgar su información de salud protegida con fines de marketing. No podemos vender su información médica protegida sin su autorización. No podemos usar o revelar la mayoría de las notas de psicoterapia contenidas en su información de salud protegida. No utilizaremos ni revelaremos ninguna de su información médica protegida que contenga información genética que se utilizará para propósitos de suscripción.

Usted puede revocar la autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o la práctica del médico ha tomado una acción en dependencia del uso o revelación indicado en la autorización.

TUS DERECHOS

Las siguientes son declaraciones de sus derechos con respecto a su información médica protegida.

- **Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica protegida (se pueden aplicar cargos)**
- **Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información de salud protegida**
- **Usted tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales**
- **Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda a su información de salud protegida**
- **Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones**
- **Usted tiene derecho a recibir notificación de una violación**
- **Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso**

QUEJAS

Usted puede quejarse con nosotros o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro Oficial de Cumplimiento de su queja. **No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de, y proporcionar a los individuos, este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. También estamos obligados a cumplir con los términos de la notificación actualmente vigente. Si tiene alguna pregunta relacionada con este formulario, por favor pida hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento de HIPAA en persona o por teléfono en nuestro número de teléfono principal.

- ❖ ***Por favor firme el formulario de "Reconocimiento" adjunto.* Tenga en cuenta que al firmar el formulario de acuse de recibo sólo reconoce que ha recibido o se le ha dado la oportunidad de recibir una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad.**

Dr. Dan Cannon

6 Brooklet Street,
Asheville, NC 28801



Maggi Ormand, PA
P: 828.250.0898
F: 828.251.4671
www.CannonFamilyHealth.com

Autorización HIPAA

**Esta autorización esboza quién puede compartir su información médica.
Por favor, lea detenidamente.**

La privacidad de su información médica es importante para nosotros. Nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos usar o divulgar su información médica de manera regular. Esta autorización es para situaciones que no están incluidas en el Aviso cuando usted puede querer que compartamos su información médica con otra persona, como un cónyuge, otros miembros de la familia o su cuidador. Esta Autorización permite a las personas mencionadas tener acceso a toda su información como paciente de esta práctica y será todo incluido a menos que se especifique lo contrario en la sección de Limitaciones de abajo. Esta Autorización permanecerá vigente por un período de cinco años a partir de la fecha que firmar esta autorización.

¿Quién puede recibir su información de salud? ¿Quién puede recoger su receta en la oficina?

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Limitaciones: _____

Entiendo que una vez revelada a las personas mencionadas anteriormente, Cannon Family Health no puede garantizar que la (s) persona (s) mantendrá (n) la confidencialidad de dicha información según lo descrito por la ley.

Revocación

Esta Autorización permanecerá vigente por un período de cinco años a partir de la fecha de la firma. Sin embargo, usted tiene el derecho de revocar esta Autorización en cualquier momento mientras la revocación sea hecha por escrito y sea recibida y reconocida por Cannon Family Health. Dicha revocación restringirá la divulgación de su información médica, pero no podrá afectar las divulgaciones o divulgaciones pasadas en curso en el momento del recibo.

Firma del Paciente: _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha: _____

Representante legal: _____ Relación: _____

Fecha: _____

Dr. Dan Cannon

6 Brooklet Street,
Asheville, NC 28801



Maggi Ormand, PA

P: 828.250.0898

F: 828.251.4671

www.CannonFamilyHealth.com

Autorización del Historial de Medicamentos

Nuestra práctica médica ha adoptado un sistema de registro médico electrónico con el fin de mejorar la calidad de nuestros servicios. Este sistema también nos permite recopilar y revisar su "historial de medicamentos". Un historial de medicamentos es una lista de medicamentos recetados que nosotros u otros médicos le prescribimos recientemente.

Un historial exacto de medicamentos es muy importante para ayudarnos a tratarlo adecuadamente y evitar interacciones potencialmente peligrosas con medicamentos.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted nos da permiso para recopilar información sobre sus recetas que han sido llenadas en cualquier farmacia o cubiertas por cualquier plan de seguro de salud. Esto incluye los medicamentos recetados para tratar el SIDA / VIH y los medicamentos usados para tratar condiciones de salud mental, como la depresión. Esta información se convertirá en parte de su historial médico.

Por la presente autorizo a Cannon Family Health a acceder a mi historial de medicamentos sin limitación ni exclusión según sea necesario y / o razonablemente recomendable revelar, procesar, recuperar, transmitir y ver con el propósito de la transmisión de una receta electrónica emitida por un proveedor autorizado por Ley para prescribir, según sea necesario para mi cuidado y tratamiento.

Farmacia Primaria y Ubicación (**Necesario*)

Nombre del Paciente - IMPRIMIR

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente

Fecha de hoy

Dr. Dan Cannon

6 Brooklet Street,
Asheville, NC 28801



Maggi Ormand, PA
P: 828.250.0898
F: 828.251.4671
www.CannonFamilyHealth.com

Formulario de Liberación Médica de Información

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social #: _____ Nombres previos: _____

Solicito y autorizo _____
(Nombre del médico anterior / Nombre de la práctica anterior)

Razón de la liberación: _____

Para liberar el expediente médico del paciente arriba mencionado a:

Cannon Family Health
6 Brooklet Street
Asheville, NC 28801

Esta solicitud y autorización se aplica a: **(Líneas iniciales apropiadas)**

_____ **Información específica sobre el cuidado de la salud relacionada con las siguientes condiciones de tratamiento o fechas de tratamiento:** _____

Esta información puede contener informes de rayos X, informes de laboratorio, informes EKG, otros informes de diagnóstico, consultas, etc.

_____ **Toda la información sobre la atención de la salud, incluida información** relacionada con las pruebas de VIH / SIDA, las enfermedades psiquiátricas / salud mental o consumo de drogas y / o alcohol.

_____ Toda la información sobre la atención de la salud, **excluida** la información relacionada con las pruebas de VIH / SIDA, las enfermedades de transmisión sexual, los trastornos psiquiátricos, la salud mental o el consumo de drogas y / o alcohol.

_____ **Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización proporcionando** una solicitud por escrito al médico u organización arriba mencionado. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha publicado.

Firma del paciente o representante autorizado (Relación incluida)

Fecha

Salvo revocación en contrario, la presente autorización expirará seis meses después de la fecha de la firma. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntaria. Entiendo que cualquier revelación de información conlleva el potencial de una re-divulgación no autorizada y la información no puede estar protegida por reglas de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo contactar a Amanda Hager al 828-250-0898, ext. 106.