

**WomanCare, P.C.**  
Obstetrics and Gynecology

**PACIENTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**

**HIPAA – Aviso de Prácticas de Privacidad**

Acuso recibo del aviso de prácticas de privacidad de **WomanCare**. Puedo solicitar una copia adicional de la notificación de prácticas de privacidad en cualquier momento.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

---

---

**Permiso Para Comunicarse Con Su Médico de Atención Primaria, Otros Proveedores de Atención Médica en la Comunidad y/o de Servicios Mentales**

---

Con el fin de garantizar la continuidad de la atención, a menudo es necesario comunicar la información a su médico de atención primaria y otros proveedores de atención de la comunidad, incluidos los proveedores de salud mental y a la compañía aseguradora. Estas comunicaciones pueden incluir información sobre su tratamiento médico y tratamiento de salud o abuso mental. Esta información se limita a lo que es necesario para la determinación de la cobertura y la coordinación de su cuidado. Muchas compañías de seguros nos obligan al documento o no permitirá que su médico a comunicarse con su médico de atención primaria, compañía de seguros de salud y proveedores de salud mental.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

---

---

**Consentimiento de Rx Hub Investigación**

Declaro mi consentimiento a la práctica de **WomanCare, P.C.** a fin de obtener mi Rx Historia Scripts-Rx. Entiendo que esta investigación proporcionará mi médico con una contabilidad de mi medicamento historia reportada por administradores de beneficios de farmacia y farmacias. También tengo entendido que seguro Scripts-Rx Hub ha certificado que Rx Historia captura sigue estrictos protocolos de seguridad para alinear con requisitos HIPAA y respeta la intimidad del paciente. Todas las preguntas y las respuestas se realizan automáticamente a través de sistema de seguridad de las comunicaciones en el sistema.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_