

プライバシーポリシー通知の受領について

私は、私のプライバシー権と、COPCが私に関して保護される健康情報をどのように使用・開示するかについて概説したCOPCのプライバシーポリシーに関するHIPAA通知の提供を受けました。

受けました。 受けましたが拒否します。イニシャル: _____

患者識別用写真について

私は、電子カルテに本人確認のための写真を使用することに同意します。

同意します。 同意しません。イニシャル: _____

電話連絡、モニタリングおよび記録 - 予約、請求、または健康関連の情報に関連する電話は含まず

私はここに以下のことに同意します。(1) COPCとの通話はモニタリング及び/または記録され、COPC (またはCOPCの代理人)は随時、私のアカウント (回収目的または保険適用に関するものを含む) または医療提供者の直近の訪問に関して私に連絡することができること。(2) COPCと私との連絡はすべて、テキストメッセージまたは自動ダイヤルデバイスを介して行うことができること。(3) COPCは私が提供した電話番号 (住居番号、会社番号、携帯番号) に連絡することができること。(4) COPCは新しいサービスや健康診断の提案を知らせるニュースレターを私にEメールすることができること。(5) 私はCOPCとビジネス関係を構築しており、COPCは上記のいずれかの方法で私に連絡することができます。私は今承諾したとしても、COPC EHR部門に通知することでいつでも上記同意事項をキャンセルできることを理解しています。

同意します。 同意しません。イニシャル: _____

健康情報交換 (HIE)

COPCは1つ以上の医療情報交換 (HIE) に参加し、包括的な医療記録を通じてケアの改善を促進するために医療情報を共有しています。この情報は安全で、あなたへの医療サービス提供に関わる提供者だけが利用できます。(例えば、あなたが救急部に行った場合、救急部の医療提供者は、より良い治療を行うためにあなたの関連する健康情報をHIEから引き出すことができます。) 私は、COPC医療提供者が治療やその他の医療業務のために、医療情報交換を通じて私の健康情報へのアクセスを許可することに同意します。これは自発的な合意です。私は、COPCのウェブサイトにあるHIE オプトアウトフォームを使用してコンプライアンス部門に通知することで、いつでも上記同意事項をキャンセルできることを理解しています。

オハイオ州法に基づき、オプトアウトフォームに記入しコンプライアンス部門に提出しない限り、すべての患者は自動的にHIEに登録されます。手続きには10営業日ほどかかります。

機密通信

私は、COPCが私の機密通信の要求に応じられない場合、COPCがその旨を私に通知することを理解しています。

緊急事態時に保護されるべき健康情報の公開

私は、緊急時において、医師が適切と判断した場合、私の保護された健康情報が開示されることがあることを理解しています。

保険給付金の譲渡と同意

私は、保険会社がCOPCに給付金を譲渡するか、保険会社が私に直接支払うかを選択できることを理解しています。私は、直接または保険会社から私に支払われる全ての医療サービス料金、および適用される自己負担金、共同負担金、控除金額、私または私の扶養家族に提供される非保険サービスの料金を理解し、それに対して経済的に責任があること証明します。また私は、最新かつ正確な保険情報を提供する責任があります。

メディケアおよびメディケイド: 私は、支払いを申請するにあたり、私が提供した情報が社会保障法第 XVIII 章に基づき正しいことを証明します。

私は、私に関する医療情報またはその他の情報の所有者が、社会保障庁、メディケア、メディケイド、および/またはその仲介業者/キャリア、および私の商業保険会社に、請求の検討と支払いに必要なあらゆる情報を開示することを承認します。私は、自己負担金、共同負担金、免責金額、保険適用外のサービスをCOPCに支払うことを承認します。私は、私や私の扶養家族に提供されたサービスに対して保険会社から受け取った支払いを、直ちにCOPCに支払います。また、私が請求のために適切な保険情報を提供しなかったために保険から支払われなかった金額についても、私は責任を負います。

以下に署名することにより、私は上記の記述を読み、理解したことを認めます。

患者氏名

患者署名

署名日

法廷後見人氏名 (該当する場合) *

法廷後見人署名 (該当する場合) *

署名日

*患者さんの記録として、法定後見人に関する裁判所の書類のコピーを提出してください。