

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información de salud protegida.

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos conforme a la ley. Usted confirma que ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento con su firma.

Los términos de la notificación pueden cambiar, si es así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma/fecha.

Usted tiene derecho a restringir la forma en que se usa y divulga su información médica protegida para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. No estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos este acuerdo. La ley HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996) permite el uso de la información para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida y el uso potencialmente anónimo en una publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no tendrá carácter retroactivo.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información médica protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- El estudio se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- El consultorio tiene derecho a restringir el uso de la información, pero no está obligado a aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones

¿Podemos llamarle, enviarle un correo electrónico o un mensaje de texto para confirmar las citas?  Sí  No

¿Podemos dejar un mensaje en el contestador automático de su casa o en su teléfono móvil?  Sí  No

¿Podemos hablar sobre su condición médica con cualquier miembro de su familia?  Sí  No

En caso afirmativo, enumere a las personas que le gustaría que tuvieran acceso a su facturación, cita o información de salud, como su cónyuge, cuidador u otro miembro de la familia. Esto excluye la información que está protegida por las leyes estatales y federales.

Apellido	Nombre	Relación	Número de teléfono (    )

\_\_\_\_\_ Firma (paciente o representante legal)

\_\_\_\_\_ Fecha

Si está firmado por otra persona que no sea el paciente, indique la relación: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_  
(paciente o representante legal)