

## Formulario de consentimiento del paciente

Nuestro aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar Información de salud protegida (PHI) de usted. Este aviso contiene una sección de Derechos Del Paciente que describe sus derechos según la ley. Tiene derecho a revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Revise el "Aviso de Prácticas de Privacidad." Los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina.

Tiene derecho a solicitar que restrinjamos cómo se utiliza o divulga su información médica protegida para tratamientos, pago o operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos ese acuerdo.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de información médica protegida sobre used para tratamiento, pago o operaciones de atención médica. Tiene derecho a revocar este consentimiento, por escrito, firmado por usted. Sin embargo, una revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos realizado basándose en su consentimiento previo. La práctica proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

El paciente entiende que:

- La información de salud protegida ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago o operaciones de atención médica
- La práctica tiene un aviso de practices de privacidad y el paciente tiene la oportunidad de revisar este aviso
- La práctica se reserve derecho de cambiar el Aviso de Políticas de Privacidad
- El paciente tiene derecho a restringir los usos de su información, pero la práctica no tiene que aceptar esa restricciones
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces cesarán todas los divulgaciones futuras
- La práctica puede condicionar el tratamiento a la ejecución de este consentimiento

Este consentimiento fue firmado por:

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso - paciente o representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma – paciente o representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Relación con el paciente (si no es el paciente):

Presenciado por:

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso – representante de la práctica

\_\_\_\_\_  
Firma - representante de la práctica

\_\_\_\_\_  
Fecha