

HIPAA**CONSENTIMIENTO DEL USO Y DIVULGACION DE SU INFORMACION MEDICA PERSONAL**

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE – POR FAVOR LEA LAS SIGUIENTES DECLARACIONES CUIDADOSAMENTE

Propósito del Consentimiento: Al firmar este documento, usted da su consentimiento para nuestro uso y divulgación de su información médica personal y para poder llevar a cabo el tratamiento, formas de pago y acciones para el cuidado de la salud.

Aviso de Prácticas de Privacidad: Usted tiene el derecho de leer nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad antes de decidir si firma este documento. Nuestro aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, formas de pago y acciones para el cuidado de la salud, al igual que del uso y divulgación de su información médica personal, y otros asuntos importantes. Una copia de nuestro Aviso acompaña este Consentimiento. Le animamos a leerlo por completo antes de firmar este documento. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Si lo hacemos, vamos a emitir un Aviso de Prácticas de Privacidad, que contendrán los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a su información médica personal que mantenemos. Usted puede obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, incluyendo cualquier revisión de nuestro aviso, en cualquier momento.

Derecho a revocar: Usted tendrá el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento dándonos aviso por escrito de su revocación. Por favor, comprenda que la revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción tomada relacionada con este consentimiento antes de recibir su revocación, y que podemos negar el tratamiento o seguimiento del tratamiento, si usted revoca este Consentimiento.

FIRMA

Yo, _____ he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este consentimiento y su Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que, al firmar este documento, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información médica personal para llevar a cabo el tratamiento, formas de pago y acciones para el cuidado de la salud.

Firma: _____ Fecha: _____

Si este consentimiento es firmado por un Padre/Tutor en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

Relación con el Paciente: _____

PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE

Se intentó obtener consentimiento por escrito de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero el consentimiento no se pudo obtener debido a que:

- Individuo se negó a firmar
- Barreras de comunicación prohibieron obtener la confirmación
- Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
- Otro (favor de explicar)

Firma: _____ Fecha: _____