



FORMA DE CONSENTIMIENTO LEGAL A LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE

Entiendo que tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Estos derechos son ofrecidos por la organización Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento que le autoriza a usar y divulgar mi información médica protegida para llevar a cabo:

- Tratamiento (incluyendo tratamiento directo o indirecto por otros proveedores de salud involucrados en mi tratamiento);
- Obtener el pago de los pagadores de terceros (por ejemplo, mi compañía de seguros)
- Las operaciones de atención médica del día a día de su práctica.

También he sido informado de, y dado el derecho de revisar y obtener una copia de Aviso de Prácticas de Privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida, y mis derechos bajo HIPAA. Yo entiendo que usted se reserva el derecho de modificar los términos de este aviso de vez en cuando y que puedo contactar con usted en cualquier momento para obtener la copia más reciente de la notificación.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en cómo mi información protegida de salud se utiliza y divulga para llevar a cabo tratamiento, pago y operaciones de atención médica, pero que no están obligados a aceptar estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si usted está de acuerdo, entonces usted está obligado a cumplir con esta restricción.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o revelación que se produjo antes de la fecha en que revocar este consentimiento no se ve afectada.

Firmado el día _____ de _____, 20____.

Imprimir el Nombre del Paciente: _____

Relación con el Paciente: _____

Firma: _____