



CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PARA TRATAMIENTO, PAGO O SALUD

Entiendo que como parte de mi salud el Dr. Donate origina y mantiene en papel y/o registros electrónicos que describen mi historial médico, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan o cuidado o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como:

Una base para planear mi cuidado y tratamiento.

Un medio de comunicación entre los profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado, como referencias.

Una fuente de información para aplicar mi información de diagnóstico y tratamiento a mi factura.

Un medio por el cual un pagado tercero puede verificar que realmente se prestaron servicios facturados.

Una herramienta para operaciones rutinarias de cuidado de la salud, tales como la evaluación de la calidad y revisión de la competencia del personal.

He recibido un "Aviso de Prácticas de Privacidad del Paciente", que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de información. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

Tengo el derecho de revisar el "Aviso" antes de reconocer este consentimiento. Tengo el derecho de restringir o revocar el uso o divulgación de mi información médica para otros usos o finalidades.

Yo tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a cómo se puede usar o divulgar mi información de salud para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica.



Restricciones:

Solicito las siguientes restricciones al uso o la divulgación de mi información de salud:

Por favor díganos con quien podemos discutir su tratamiento, pago u operación profesional de la salud, también por favor, no olvide incluir sus números de teléfono para que podamos contactarlos en caso que sean necesaria. Ejemplo: cónyuge (nombre), niños (nombres), otros familiares (nombres), amigos o cuidadores (nombres).

Entiendo que como parte del tratamiento, pago u operaciones de atención médica, puede ser necesario revelar información de salud a otra entidad, es decir, referencias a otros proveedores de salud. Doy mi consentimiento a tal revelación para estos usos en la medida permitida por la ley.

Firma del Paciente/Guardian

Imprima el nombre de la persona firmando

Fecha

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE:

___ "Formulario de consentimiento" recibido y revisado por _____ Fecha _____

___ "Formulario de consentimiento" reusado por el paciente _____