



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Yo comprendo que tengo ciertos derechos de privacidad sobre mi información de salud. Estos derechos son dados a mi por la ley, Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). Yo entiendo que con el acto de firmar este consentimiento yo les doy autorización para que usen y divulguen mi información de salud protegida para:

- Tratamiento (incluyendo tratamiento directo e indirecto por parte de otros proveedores de servicios médicos involucrados en mi tratamiento)
- Obtener pago de mi aseguradora
- Las operaciones de salud diarias de su práctica

También se me informo del mi derecho de revisar y obtener una copia de su Notice Of Privacy Practices, que contiene una descripción mas completa de los usos y distribución de mi información de salud protegida y los derechos que me da la ley HIPAA. Yo entiendo que ustedes reservan el derecho a cambiar los términos de esta notificación y yo los puedo contactar para obtener la copia mas reciente de esa notificación.

Yo entiendo que tengo el derecho a pedir restricciones sobre como mi información de salud protegida es usada y divulgada para tratamiento, pago y operaciones del cuidado de salud, pero ustedes no están obligados a aceptar estas restricciones. Si ustedes aceptan, entonces están obligados a cumplir con las restricciones pedidas.

Yo entiendo que puedo retirar mi consentimiento por escrito cuando guste, por cualquier uso o distribuciones que ocurrieron antes de la fecha de retiro por escrito, no esta afectada.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente/Padre/Tutor: _____

Relación al Paciente: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____