

## CONSENTIMIENTO PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

### SECCIÓN A: CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN B: AL PACIENTE- POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES.

**Propósito del consentimiento:** Al firmar este formulario, usted dará su consentimiento para que usemos y divulguemos su información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención médica.

**Aviso de prácticas de privacidad:** usted tiene derecho a leer nuestro **Aviso de prácticas de privacidad** antes de decidir si firma este consentimiento. Nuestro Aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, de los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información de salud protegida y de otros asuntos importantes sobre su información de salud protegida. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro **Aviso de prácticas de privacidad**. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, emitiremos un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado, que contendrá los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquiera de su información de salud protegida que mantenemos.

Usted puede obtener una copia de nuestro **Aviso de prácticas de privacidad**, incluidas las revisiones de nuestro Aviso.

**Derecho de revocación:** Usted tendrá derecho a revocar este Consentimiento en cualquier momento enviándonos un aviso por escrito de su revocación enviada a la persona de contacto que se menciona anteriormente. Por favor, comprenda que la revocación de este Consentimiento no afectará ninguna acción que tomemos en dependencia de este Consentimiento antes de recibir su revocación, y que podemos negarnos a tratarlo o continuar tratándolo si usted revoca este Consentimiento.

Yo, \_\_\_\_\_, he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y su **Aviso de prácticas de privacidad**. Entiendo que, al firmar este formulario de Consentimiento, doy mi consentimiento para su uso y divulgación de mi información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Firma: X \_\_\_\_\_ Fecha:

\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo la divulgación de información, incluido el diagnóstico, los registros, el examen que me fue realizado y la información de reclamos. Esta información puede divulgarse a  Cónyuge \_\_\_\_\_  Otro

\_\_\_\_\_.

Si este consentimiento es firmado por un representante personal en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal:

\_\_\_\_\_

Relación con el paciente:

\_\_\_\_\_