

## FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA PACIENTES

Yo entiendo que bajo de la Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad de mi información sobre mi atención médica. Yo entiendo que esta información puede ser usada para:

- Conducir, planear y dirigir mi tratamiento y seguimiento con los diferentes proveedores quién están involucrado en el tratamiento directamente e indirectamente.
- Obtener los pagos de la persona responsable por mi atención médica.
- Conducir operativos normales de atención médica cómo incuestas y certificaciones de los medicos.

He estado informado por usted de su *Aviso Sobre Nuestras Prácticas de Privacidad* que contiene una descripción más completa de cómo puede usar y divulgar la información de mi atención médica. Me ha dado el derecho a revisar su *Aviso Sobre Nuestras Prácticas de Privacidad* antes de firmar esta forma. Yo entiendo que esta organización tiene el derecho a cambiar su *Aviso Sobre Nuestras Prácticas de Privacidad* de vez en cuando y yo puedo contactar esta organización cuando quiero por la dirección escrito abajo para obtener la copia escrito más recientemente de su *Aviso Sobre Nuestras Prácticas de Privacidad*.

Yo entiendo que puedo pedir por escrito que restrinja como se usa o divulga mi información privada cuando se trata del tratamiento, los pagos o operaciones de mi atención médica. También, entiendo que usted no está obligado a seguir mis instrucciones, pero si decide de seguir mis instrucciones tiene que respetarlas.

Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito cuando quiero, pero no aplique a las acciones anteriores.

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_