



FORMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE HIPAA

Entiendo que tengo ciertos derechos a la intimidad considerando la información protegida de mi salud. Estos derechos son dados a mi bajo la transportabilidad de Seguro de enfermedad y Acto de Responsabilidad de 1996 (HIPAA). entiendo que formando este consentimiento, yo autorizo usted a utilizar la información protegida de mi salud para llevarse a cabo:

- Tratamiento (incluyendo directo o indirecto tratamiento por otros proveedores de la asistencia de la salud involucrados en mi tratamiento)
- Obteniendo plan de pagos desde tercero pagadores(EX:Mi compañía de aseguranza)
- Dia al dia operaciones de la asistencia de su practica.

He sido informado tambien de, dado el derecho de revisar y asegurar una copia de su nota de practicas de intimidad, que contiene una descripción mas completa de los usos y revelaciones de mi información protegida de la salud, y de mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que usted reserva el derecho de cambiar los términos de esta nota del tiempo al tiempo y que yo lo puedo contactar en cualquier tiempos para obtener la copia mas actual de esta nota.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar as restricciones en como mi información protegida de salud es utilizado y es revelada para llevarse a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de asistencia sanitaria, pero que usted no es requerido a concordar a estas restricciones. sin embargo, si usted concuerda, usted es entonces atado conformarse con esta restricción.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento a escribir, en cualquier tiempo. sin embargo, ningún uso ni la revelación que ocurre antes de esta fecha yo revoque este consentimiento no es vigente.

Imprima en Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Relación al Paciente: _____