

# Formulario de consentimiento del paciente para el cumplimiento de la HIPAA

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información médica protegida.

El aviso contiene una sección sobre los derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Con su firma, usted confirma que ha revisado este aviso antes de firmar este consentimiento.

Los términos del aviso pueden cambiar, de ser así se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma/fecha.

Tiene derecho a restringir el uso y la divulgación de su información médica protegida para fines de tratamiento, pago o atención médica. La ley HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996) permite el uso de esta información para fines de tratamiento, pago o atención médica.

Al firmar este formulario, usted consiente que usemos y divulguemos su información médica protegida a su compañía de seguros para facturar los servicios prestados. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, con su firma. Sin embargo, dicha revocación no tendrá carácter retroactivo.

Al firmar este formulario, entiendo que:

La información médica protegida puede divulgarse o utilizarse para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.

Tú, el paciente, tiene derecho a restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene que aceptar esas restricciones.

El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y, en ese caso, cesarán todas las divulgaciones completas.

La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamarle, enviarle un correo electrónico o un mensaje de texto para confirmar sus citas? Sí / No

¿Podemos dejarle un mensaje de voz si no contesta? Sí / No

¿Podemos hablar sobre su condición médica con algún miembro de su familia? Sí / No

En caso afirmativo, indique los miembros permitidos y su relación con usted: \_\_\_\_\_

Este consentimiento fue firmado por: \_\_\_\_\_ (POR FAVOR, IMPRIMA SU NOMBRE)

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