

# 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 de derechos del paciente que describe sus derechos conforme a la ley. Al firmar este consentimiento, usted confirma que ha revisado previamente nuestro aviso.

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

Usted tiene derecho a restringir la forma en que se usa y divulga su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos este acuerdo. La ley HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996) permite el uso de la información para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para el uso y la divulgación de su información médica protegida y el uso potencialmente anónimo en una publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no tendrá carácter retroactivo.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información médica protegida puede divulgarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- La Clínica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- La Clínica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero la Clínica no tiene el derecho de aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones completas cesarán.
- La Clínica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este acuerdo.

¿Podemos comunicarnos con usted por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico para confirmar sus citas?

Sí  No

Si la respuesta es no, ¿cómo? \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje en el contestador automático de su casa o en su teléfono celular?  Sí  No

¿Podemos hablar sobre sus condiciones médicas con los miembros de su familia?  Sí  No

En caso afirmativo, enumere con quién podemos hablar: \_\_\_\_\_

Este consentimiento es firmado por: (NOMBRE EN

LETRA DE IMPRENTA): \_\_\_\_\_

Firma del paciente/tutor/apoderado: \_\_\_\_\_

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

Testigo: \_\_\_\_\_

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