

# Formulario de Consentimiento

## del Paciente de Cumplimiento de HIPPA

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

Al firmar a continuación, usted está dando su consentimiento, que ha revisado nuestro aviso de privacidad.

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

Usted tiene el derecho de restringir la forma en que se utiliza y divulga su información médica protegida para el tratamiento, el pago o los procedimientos de atención médica. No estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos este acuerdo. La ley HIPPA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996) permite el uso de la información para el tratamiento, el pago o los procedimientos de salud.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida y el uso potencialmente anónimo en una publicación. Usted tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no será retroactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información médica protegida puede ser revelada o utilizada para el tratamiento, el pago o los procedimientos de atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene que aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y toda la divulgación completa cesará.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento en el momento de la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamarte o enviarte un correo electrónico para confirmar citas? Sí No

¿Podemos dejar un mensaje de voz al número de teléfono proporcionado? Sí No

¿Podemos discutir su información médica con algún miembro de su familia? Sí No

Si respondiste que **Sí**, indique los miembros permitidos:

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con usted: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con usted: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (Impresión): \_\_\_\_\_  
Apellido Primer

Nombre del Padre/Tutor (Impresión): \_\_\_\_\_  
Apellido Primer

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