

Policía de Privacidad HIPPA

Entiendo que, como parte de mi cuidado de salud, esta organización origina y mantiene registros de salud que describen mi historial médico, síntomas exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para el cuidado o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como:

* Una base para planear mi cuidado y tratamiento
* Un medio de comunicación entre los muchachos profesionales de salud que contribuyen a mi cuidado
* Una fuente de información para aplicar mi diagnostico e información quirúrgica a mi cuenta
* Un medio por el cual tercero pagador puede verificar que los servicios facturados fueron proporcionados realidad.
* Una herramienta para operaciones de atención medica de rutina, tales como la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia de los profesionales de la salud

Entiendo y he estado siempre con aviso de prácticas de información que proporciona una descripción más completa de información de usos y revelaciones. Yo entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que la organización se reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas y antes de su implementación se enviara por correo una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado. Yo entiendo que tengo el derecho de oponerse al uso de mi información de salud para fines de directorio. Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de salud puede ser utilizada o revelada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica y que la organización no está obligada a estar de acuerdo con las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, salvo en la medida en que la organización ya ha tomado medidas en relación a lo mencionado.

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

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

Relación a Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_