

Consentimiento para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida Para Tratamiento, Pago u Operaciones de Atención Médica

Entiendo que como parte de mi atención médica, el Médico origina y mantiene registros médicos que describen mi historial de salud, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento, información financiera y demográfica, y cualquier plan para atención o tratamiento futuro. El Médico también origina y mantiene registros de facturación. Entiendo y consiento que esta información sea utilizada o divulgada para los siguientes propósitos:

- Planificación de mi cuidado y tratamiento;
- Comunicación entre mi Médico y los profesionales de la salud que actúan bajo la dirección de mi Médico y participan en mi diagnóstico, evaluación o tratamiento;
- Recolección de honorarios por servicios médicos;
- Determinación de la responsabilidad de pago y obtención de reembolsos;
- Realización de operaciones de atención médica, incluyendo la evaluación de los servicios de atención médica, la adecuación y calidad del tratamiento de atención médica y las calificaciones de los profesionales de la salud.

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Médico que proporciona información sobre cómo el Médico usa y divulga Información de Salud Protegida (PHI) sobre mí. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento, y
- El derecho a solicitar restricciones sobre cómo puede usarse o divulgarse mi información de salud para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica. El Médico no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas, pero está obligado a cualquier restricción acordada.

Entiendo que, según lo provisto en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Médico, los términos del Aviso pueden cambiar. Si lo hacen, puedo obtener una copia revisada del Oficial de Privacidad llamando al 432-618-6772 ext. 108.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que el Médico haya actuado ya en confianza en el mismo. También entiendo que al negarme a firmar o al revocar este consentimiento, el Médico puede negarse a tratarme. Deseo restringir el uso o la divulgación de mi información de salud de la siguiente manera:

Entiendo que mi información confidencial puede ser revelada a las siguientes personas:

Consentimiento para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida Para Tratamiento, Pago u Operaciones de Atención Médica

Nombre del Paciente (por favor imprimir)

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Representante (si aplica)

Relación