

Norma de Privacidad de HIPAA

Acuerdo de Autorizacion del Paciente

Autorizacion para la Revelacion de Informacion Confidencial de Salud para Tratamiento, Pago o Cuidado Medico (§164.508(a))

Yo, _____, (el nombre del paciente) entiendo que como parte de mi cuidado de salud, esta oficina, crea y mantiene los documentos medicos que describen mi historial medico, sintomas, exámenes y los resultados, diagnosticos, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado o tratamiento. Yo entiendo que esta informacion sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento;
- Un medio de comunicacion entre profesionales del campo medico que pueden contribuir a mi cuidado medico;
- Una fuente de informacion de como aplicar mi diagnostico e informacion quirurgica a mi cuenta;
- Un medio por el cual un pagador puede verificar que los servicios cobrados hayan sido proporcionados;
- Un medio para operaciones rutinarias de cuidado medico tales como determinacion de calidad y revision de capacidad de los profesionales en el campo medico.

He sido proporcionado(a) con una copia del *Aviso de Practicas de Privacidad* que provee una descripcion mas completa sobre los usos y revelaciones de informacion.

Entiendo que como parte de mi cuidado y tratamiento puede ser necesario proveer a otra entidad mi Informacion Confidencial Medica. Yo tengo el derecho de revisar el aviso de esta oficina antes de firmar esta autorizacion. Autorizo la revelacion de mi Informacion Confidencial Medica como sera especificado posteriormente para los propositos y a los grupos indicados por mi.

Norma de Privacidad Consentimiento del Paciente

Consentimiento para la Revelacion de Informacion Confidencial de Salud para Tratamiento, Pago o Cuidado Medico (§164.506(a))

Yo entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar el Aviso de Practicas de Informacion de esta oficina antes de firmar este consentimiento;
- Que esta oficina, reserva su derecho de cambiar el aviso y las practicas y que si solicito, enviara una copia del aviso editado a la direccion que he dado antes de ponerlo en practica;
- Tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a como mi informacion confidencial medica puede ser usada o revelada para realizar tratamiento, pago o cuidado medico y que no es requerido por la ley que esta oficina, este de acuerdo con las restricciones solicitadas;
- Puedo revocar este consentimiento escrito en cualquier momento, excepto hasta el punto que esta oficina, ya haya tomado accion dependiendo del consentimiento escrito.
- Es parte del procedimiento de esta oficina, el compartir informacion de Salud Protegida con laboratorios, rayos-x, docotres de consulta y hospitals. Nosotros nos contactaremos con la farmacia de su preperencia con relacion a sus prescripciones. Y solamente intercambiaremos el minimo necsario de Informacion de Salud Protejida en cada transaccion.

Firma del Paciente o Testigo Representante Legal:

X

Nombre del Paciente o Testigo Representante Legal:

Fecha: