

FORMA DE CONSENTIMIENTO HIPAA

Yo entiendo que tengo ciertos derechos a la intimidad con respecto a mi salud. Estos derechos son dados a mi bajo la Transportabilidad de Seguro de Enfermedad y Acto de Responsabilidad (HIPAA) de 1996. Entiendo que firmando este consentimiento le autorizo utilizar y a divulgar mi informacion protegida de salud para realizar:

- Tratamiento (incluyendo directo y indirecto por otros proveedores de asistencia sanitaria implicados en mi tratamiento)
- Obteniendo pagos de pagadores de terceros (e. g. mi compania de seguros)
- Las operaciones diarias de la asistencia de su practica.

He sido informado tambien de, y dado el derecho de revisar y asegurar una copia de la Nota de Practicas de Intimidad, que contiene una descripcion mas completa de los usos y revelaciones de mi informacion, y bajo mi derecho de HIPAA. En ella entiendo que usted merece el derecho de cambiar los terminos de este aviso de vez en cuando y que puedo contactar esta practica para obtener la copia mas actual de este aviso.

Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar que las restricciones en como mi informacion protegida de salud se utiliza y es revelada para llevar a cabo tratamiento, pago, y operaciones del salud, pero eso no le requiere estar acuerdo con estas restricciones solicitadas. Sin embargo, ningun uso de la revelacion que ocurrio antes de la fecha que yo revoco este consentimiento no se afecta.

Nombre del Paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____