



Office: (305) 595-6488

Susan Fox, DO, FACOOG
Laura Briz, ARNP
Natalya Medrano, MD, FACOG

Fax: (305) 595-3532

CONSENTIMIENTO Y DECLARACION DEL USO DE LA INFORMACION SOBRE SU SALUD, TRATAMIENTO, PAGO E OTRAS OPERACIONES DEL CUIDADO DE LA SALUD

Yo, _____, entiendo que como parte de mi cuidado de la salud, este Centro crea y mantiene expediente describiendo mi historial médico, síntomas, exámenes, resultados de laboratorios, diagnósticos y planes para el cuidado y tratamiento médico.

Yo entiendo que esta información sirve como:

- ✓ Una base para planificar mis tratamientos y cuidado.
- ✓ Un medio de comunicación entre los profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado
- ✓ Una fuente de información para aplicar mi diagnósticos e información quirúrgica a mi cuenta
- ✓ Un medio por cual pagadores terceros pueden verificar que los servicios facturados fueron realmente dados.
- ✓ Un instrumento de operaciones del cuidado rutinario de la salud como evaluar, revisar la calidad y competencia de los profesionales médicos.

Yo comprendo y he recibido las Prácticas de Privacidad que contiene las más completa descripción de la información de los usos y divulgaciones. Yo comprendo que tengo el derecho de revisar la notificación antes de firmar este consentimiento. Yo comprendo que la organización se reserve el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad. Yo comprendo que tengo el derecho de oponerme al uso de información de mi salud para propósitos directos. Yo comprendo que tengo el derecho de limitar el uso de información sobre mi salud y divulgación de mi tratamiento para pagos y cuidados médicos y que la organización no tiene que estar de acuerdo con las restricciones solicitadas. Yo comprendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, a menos que la organización ya haya tornado acción sobre la ley.

Yo deseo tener las siguientes restricciones para el uso y divulgación de información sobre mi salud:

_____.

Yo comprendo y acepto rehusó los términos de este consentimiento.

Confirmación por escrito de haber recibido aviso de las Prácticas de Privacidad.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____/_____/_____

FOR OFFICE USE ONLY

- Consent Review by: _____ on: _____/_____/_____
- Consent refused by patient and treatment refused as permitted.
- Consent added to the patient's medical record on: _____/_____/_____