



# HIPAA Formulario de Consentimiento del Paciente actualización **anual**

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos usar o divulgar información médica protegida.

El aviso contiene sección de derechos del paciente describiendo sus derechos bajo la ley. A determinar que mediante su firma que ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

Los términos de la notificación pueden cambiar, si es así, se le notificará en su próxima visita a actualizar su firma / fecha.

Usted tiene el derecho de restringir cómo se utiliza su información de salud protegida y revelada para tratamiento, pago o atención médica. No estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos, vamos a cumplir con este acuerdo. El (Acta de 1996 del Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad) HIPAA ley permite el uso de la información para las operaciones de tratamiento, pago o atención médica.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento a nuestro uso y divulgación de su información de salud protegida y su uso potencial en el anonimato en una publicación. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, esta revocación no será retroactiva.

Al firmar esta forma, entiendo que:

- información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada para las operaciones de tratamiento, pago o atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permitido por la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.
- El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las revelaciones completas serán luego cesa.
- La práctica puede condicionar la recepción de tratamiento después de la ejecución de este consentimiento.

**Podemos llamar por teléfono, correo electrónico o enviar un texto para que confirme las citas?**      Sí      NO

**Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular?**      Sí      NO

**Podemos discutir su condición médica con cualquier miembro de su familia?**      Sí      NO

**En caso afirmativo, el nombre de los miembros permitidos:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Este consentimiento fue firmado por: \_\_\_\_\_  
(PRINT nombre, por favor)

**Firma:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Testigo:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_