NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PARA TRATAMIENTO, PAGO U OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Como parte de su atención médica, esta práctica origina y mantiene registros en papel y/o electrónicos que describen su historial de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan para la atención o el tratamiento en el futuro. Esta información sirve como:

- Una base para planificar su atención y tratamiento.
- Un medio para comunicarse con los profesionales de la salud que contribuyen a su atención
- Una fuente de información para aplicar su información de diagnóstico y tratamiento a su factura, con fines de pago

Como parte de su tratamiento, pago u operaciones de atención médica, se ha vuelto necesario divulgar información de salud a otros proveedores de atención médica (referencias o consultas), laboratorios, compañías de seguros para pago y/u otras personas o agencias según lo permita o exija el estado o ley Federal.

RECONOCIMIENTO:
Se me ha proporcionado una copia y la oportunidad de leer las "Prácticas de privacidad de la información de salud del paciente" que me brindan una descripción más completa de los usos y divulgaciones de información de salud. Entiendo que tengo los siguientes derechos:

- El derecho a leer las "Prácticas de privacidad de la información de salud del paciente" antes de firmar este consentimiento
- El derecho a solicitar una copia de las "Prácticas de privacidad de la información de salud del paciente" para mi propio uso
- El derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información de salud para llevar a cabo tratamientos, pagos u otras operaciones de atención médica.

CONSENTIMIENTO/RESTRICCIONES:
Solicito el siguiente consentimiento/restricciones para el uso o divulgación de mi información médica:

NOMBRE	RELACIÓN AL PACIENTE	PUEDE OBTENER	NO PUEDE OBTENER

ENTIENDO COMPLETAMENTE, RECONOZCO Y ACEPTO ESTE CONSENTIMIENTO:

_____	_____	_____
FIRMA	**NOMBRE EN IMPRENTA**	**FECHA**

***SI FIRMA UNA PERSONA QUE NO SEA EL PACIENTE, ¿ES USTED EL PADRE, TUTOR LEGAL O CUSTODIO, TIENE PODER NOTARIAL PARA ESTE PACIENTE, PARA TRATAMIENTO, PAGO U OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA? ( ) SI ( ) NO**

SÓLO PARA USO DE OFICINA

( ) CONSENTIMIENTO DE REVISADO POR (EMPLEADO) _____ FECHA_____
( ) PACIENTE/PADRE/TUTOR LEGAL/CUSTODIO/PODER NOTARIAL SE NEGÓ A FIRMAR EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
( ) MOTIVO DE NEGATIVA A FIRMAR
( ) LAS RESTRICCIONES FUERON AÑADIDAS POR EL PACIENTE/PADRE/TUTOR LEGAL/CUSTODIO/PODER NOTARIAL (VER ARRIBA)