

## LA FORMA DEL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE HIPAA

Entiendo que tengo ciertos derechos a la intimidad considerando la información protegida de mi salud. Estos derechos son dados a mi bajo la Transportabilidad de Seguro de Enfermedad y Acto de Responsabilidad de 1996 (HIPAA).

Entiendo que firmando este consentimiento, yo autorizo usted a utilizar la información protegida de mi salud para llevarse a cabo:

- Tratamiento (Incluyendo directo o indirecto tratamiento por otros proveedores de la asistencia de la salud involucrados en mi tratamiento);
- Obteniendo plan de pagos desde terceros pagadores (Ex: Mi compañía de seguridad);
- Día-al-día operaciones de la asistencia de salud de su práctica.

He sido informado también dado el derecho de revisar y asegurar una copia de su expediente para revisar su información, que contiene una descripción mas completa de los usos y revelaciones de mi información protegida de la salud, y de mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que usted reserva el derecho de cambiar los términos de esta nota del tiempo que yo lo pueda contactar para obtener la copia mas actual de esta nota.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar las restricciones en como mi información protegida de salud es utilizado y es revelado para llevarse a cabo el tratamiento, el pago, y las operaciones de asistencia sanitaria, pero que usted no es requerido a concordar a estas restricciones. Sin embargo, si usted concuerda, usted es entonces atado conformarse con esta restricción.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento a escribir, en cualquier tiempo. Sin embargo, ningún uso ni la revelación que ocurrió antes de esta fecha yo revoque este consentimiento no es vigente.

Firma de Paciente/Persona

Responsable: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_