



CONSENTIMIENTO PARA USO O DIVULGACION DE INFORMACION PARA TRATAMIENTO, PAGO O MANEJO DE CUIDADO DE SALUD

Nombre del Paciente _____ Fecha Nacimiento: _____

Por este medio, el paciente autoriza a Medical Interventions, DBA Urban Health (la práctica) al uso o divulgación de su información de salud identificable (información de salud protegida) e información de record médico, para poder llevar a cabo las operaciones de manejo de cuidado de salud, tratamiento y pagos. El paciente deberá revisar la notificación de la práctica sobre *Prácticas de Privacidad*, para una descripción más completa sobre los posibles usos y divulgación de dicha información. El paciente tiene derecho a revisar dicha notificación antes de firmar este consentimiento.

La práctica se reserva el derecho a cambiar los términos de su notificación de prácticas de privacidad en cualquier momento. Si la práctica hace cambios el paciente podrá obtener una copia de la notificación revisada.

El paciente retiene el derecho a pedirle a la práctica que restrinja el uso de su información de salud protegida para llevar a cabo el manejo de cuidado de salud, tratamiento y pagos. La práctica no esta obligada a estar de acuerdo a dichas restricciones solicitadas por el paciente; sin embargo, si la práctica está de acuerdo con las restricciones del paciente, dichas restricciones serán obligatorias por parte de la práctica.

El paciente reconoce y está de acuerdo en que la práctica pueda divulgar información de salud protegida del paciente, e información de récord médico, a los siguientes individuos quienes son familiares del paciente, representantes legales, guardianes, sustitutos de cuidado de salud, o tiene un poder legal en representación del paciente:

Nombre _____ Relación con Paciente _____

Nombre _____ Relación con Paciente _____

Nombre _____ Relación con Paciente _____

Nombre _____ Relación con Paciente _____

Nombre _____ Relación con Paciente _____

El paciente está de acuerdo en que la práctica no divulge los siguientes tipos de información contenida en su record médico (favor de poner sus iniciales en las categorías listadas a continuación si desea que no se divulge esta información):

- _____ Información sobre VIH/SIDA (HIV/AIDS)
- _____ Información sobre salud mental
- _____ Información sobre abuso de sustancias
- _____ Información sobre enfermedades de transmisión sexual
- _____ Información de embarazo, si la paciente es menor de 18 años

CONSENTIMIENTO PARA USO O DIVULGACION DE INFORMACION PARA TPM

El paciente está de acuerdo y autoriza a la práctica a comunicarse con el paciente en una de las siguientes maneras - favor de poner sus iniciales en el(los) espacio(s) apropiado(s):

_____ Por correo electrónico (e-mail) al siguiente correo electrónico:

_____.

_____ Por correo regular con sobre marcado *personal y confidencial* a la dirección residencial del paciente.

_____ Por teléfono – si el paciente contacta a la práctica deberá proveer información apropiada incluyendo: nombre del paciente, número de seguro social y algún otro dato de identificación personal.

En todo momento, el paciente retiene el derecho de revocar este consentimiento. Dicha revocación deberá ser sometida a la práctica por escrito. La revocación se hará efectiva, excepto si la práctica ya ha tomado acción de acuerdo al consentimiento que haya estado en récord al momento.

La práctica se rehúsa a extender tratamiento al paciente si éste(a), o su agente autorizado, no firma este consentimiento. Si el paciente (o agente autorizado) firma este consentimiento y luego lo revoca, la práctica tiene el derecho a rehusarse a proveer tratamiento adicional al momento de la revocación (excepto según sea requerido por la ley pertinente al tratamiento de individuos).

HE LEIDO Y ENTIENDO LA INFORMACION EN ESTE CONSENTIMIENTO. HE RECIBIDO COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO Y SOY EL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA A ACTUAR EN REPRESENTACION DEL PACIENTE PARA FIRMAR ESTE DOCUMENTO VERIFICANDO CONSENTIMIENTO A LOS TERMINOS ARRIBA MENCIONADOS.

Fecha: _____ Hora _____ AM/PM

Firma del Paciente (o representante autorizado*)

Favor de imprimir su nombre

*Favor de explicar su relación como representante del paciente e incluya una descripción de su autoridad como representante para actuar en representación del paciente:

