Formulario de Consentimiento del Paciente

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una "Regla de Privacidad" para ayudar a asegurar que la información personal este protegida por privacidad. La Regla de Privacidad también fue creada con el fin de proporcionar un estándar para ciertos proveedores de cuidados de salud para obtener el consentimiento de sus pacientes para el uso y divulgación de la información de salud sobre el paciente para llevar a cabo el tratamiento, pago, u operaciones de salud.

Como nuestro paciente queremos que sepa que nosotros respetamos la privacidad de su información médica y hará todo lo posible para garantizar y proteger esa intimidad. Cuando sea apropiado y necesario, les ofrecemos la información mínima necesaria únicamente a los que sentimos en la necesidad de su información de salud e información sobre el tratamiento, de pago u operaciones de cuidado de la salud, a fin de proporcionar atención de salud en su mejor interés.

También queremos que sepan que nosotros apoyamos su acceso completo a su médico personal registros. Podemos tener relaciones indirectas con el tratamiento de usted (como los laboratorios que sólo interactúan con los médicos, no pacientes), y tendremos que divulgar información de salud para propósitos de tratamiento, pago, u operaciones de salud. Estas entidades son más a menudo que no es obligatorio obtener el consentimiento del paciente.

Usted puede negarse a autorizar el uso o la divulgación de su información de salud personal,
pero esto debe ser por escrito. Bajo esta ley, tenemos: el derecho a negarles a atenderlo(a)
Si decide negarse a divulgar información sobre su salud (PHI). Si decide por dar su consentimiento en este documento, en algún momento futuro, usted puede solicitar que se niegan la totalidad o parte de su (PHI). Usted no puede revocar las medidas que ya han sido adoptadas, que se basó en este o el consentimiento firmado previamente.

Si usted tiene objeciones de esta forma. Por favor, pida hablar con un cumplimiento HIPPA
Oficial.

Usted tiene el derecho de revisar nuestra política de privacidad, a solicitar restricciones y revocar
consentimiento por escrito después de que ha revisado nuestra política de privacidad.

Nombre (Imprenta):

Firma: Fecha: