

# Formulario de consentimiento de HIPAA

## INFORMACIÓN GENERAL

Nombre y apellido

Fecha de nacimiento

Dirección de envío

Ciudad

Estado

Código postal

## CONSENTIMIENTO Y AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD *Lea atentamente las siguientes declaraciones.*

Propósito del consentimiento: Al firmar este formulario, usted dará su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y la operación de atención médica.

Aviso de prácticas de privacidad: tiene derecho a leer nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de decidir si firma este consentimiento. Nuestro Aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, de los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información de salud protegida y de otros asuntos importantes sobre su información de salud protegida. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de prácticas de privacidad.

Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, emitiremos un aviso revisado de Prácticas de privacidad, que contendrá los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquiera de su información de salud protegida que mantenemos.

Puede obtener una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, incluidas las revisiones de nuestro Aviso, en cualquier momento comunicándose con nosotros por teléfono o correo electrónico.

Derecho a revocar: tendrá derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento enviándonos un aviso por escrito de su revocación enviado a la persona de contacto mencionada anteriormente. Por favor, comprenda que la revocación de este Consentimiento no afectará ninguna acción que tomamos en cumplimiento de este Consentimiento antes de recibir su revocación, y que podemos negarnos a tratarlo o continuar tratándolo si revoca este Consentimiento.

## FIRMA

**NOTA: Se alienta tanto al médico como al paciente a discutir todos y cada uno de los problemas de salud relevantes del paciente antes del tratamiento.**

- Certifico que he leído y comprendido lo anterior y que la información proporcionada en este formulario es correcta. Entiendo la importancia de un historial médico veraz y que mi médico y su personal confiarán en esta información para tratarme. Reconozco que mis preguntas, si las hay, acerca de las consultas establecidas anteriormente, han sido respondidas satisfactoriamente. No responsabilizaré a mi médico, ni a ningún otro miembro de su personal, por ninguna acción que tomen o no tomen debido a errores u omisiones que yo haya cometido al completar este formulario.

Nombre del paciente/tutor legal

Firma del paciente/tutor legal

Fecha

Todas las partes involucradas acuerdan que este documento puede firmarse electrónicamente. Las firmas electrónicas que aparecen en este documento son las mismas que las firmas escritas a mano a los efectos de la validez, exigibilidad y admisibilidad.