

## Consentimiento para Uso y Revelación de Información Personal de Salud

Esta forma autoriza a nosotros a usar y revelar su información protegida de salud (IPS) para los propósitos de cuidado de salud de operaciones, y tratamiento y actividades de pagos.

Antes de firmar, por favor lea nuestra póliza de privacidad para que tenga un entendimiento claro de como podemos usar y revelar su Información Protegida de Salud.

Si tiene algunas preguntas sobre la noticia de nuestra Póliza de Privacidad, por favor comunicarse:

(Persona de contacto) Usted puede hablar a el o ella por (teléfono, fax, correo electrónico. O dirección).

### Consentimiento del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

# de Cuenta: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, he leído la Póliza de Noticia de Privacidad y yo consiento a usted el uso de información protegida de salud para los propósitos de operaciones de cuidado de salud, y tratamiento y actividad de pagos.

Si este consentimiento es firmado por algún representante bajo la autoridad del paciente, completar lo siguiente:

Nombre Personal del Representante: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

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

### Revocación del Paciente

Firmando usted abajo, usted renuncia al consentimiento para que nosotros usemos y revelamos su (IPS). Sin embargo nosotros reservamos el derecho de discontinuar su tratamiento hacia usted. Esta revocación también no Negara ninguna de las anteriores acciones mientras actuando bajo su consentimiento.

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

Si este consentimiento de revocación es firmado por un representante bajo la autorización del paciente, por favor de completar lo siguiente:

Nombre del Representante Personal: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_