



**Consentimiento para el Uso y Revelación de Información Medica, para Tratamiento, Pago y Operaciones de Cuidado Medico**

Yo entiendo que como parte de mi cuidado medico, esta organización origina y mantiene archivos que describen mi historia medica, síntomas, exámenes, resultados de rayos x, diagnósticos, tratamientos, y cualquier otros planes para el futuro o cualquier tratamiento. Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento
- Una forma de comunicación entre los muchos profesionales de salud que contribuyen a mi cuidado
- Una fuente de información para mi diagnosis e información quirúrgica para mi cobro
- Una forma en la cual terceras personas pagan o pueden verificar que los servicios realmente se proveyeron
- Y por ultimo como una forma o herramienta de operaciones de cuidado de salud tal como asesorar calidad y revisar la competencia de las personas profesionales de cuidado de salud

Yo entiendo y se me ha facilitado una Notificación de Las Practicas de Información que provee una descripción mas completa de los usos de información y publicación de la misma. Entiendo que tengo el derecho de revisar la notificación antes de firmar el consentimiento. Entiendo que la organización reserva el derecho de cambiar su aviso o notificación y practicas y antes de la implementación enviarían una copia por correo de cualquier notificación a la dirección que yo he provisto. Yo entiendo que tengo el derecho de requerir restricciones de cómo mi información medica puede ser usada o publicada para llevar a cabo tratamiento, pago, operaciones de salud y que la organización no esta obligada a estar de acuerdo con las restricciones requeridas. Yo entiendo también que puedo revocar este consentimiento en escrito, con la única excepción en el caso de que la organización ya haya tomado alguna acción con relación a esto.

Yo solicito las siguientes restricciones para el uso o publicación de mi información medica personal.

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o  
Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha de entrada en vigor

Para el uso de la clinica solamente

Aceptado       Negado

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Titulo

\_\_\_\_\_  
Fecha