

Consentimiento para el uso y Divulgación de Información de Salud

Sección A: El consentimiento del paciente

Nombre _____

Dirección: _____ número de teléfono: _____

Seguro social # _____

Sección B: Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información de salud protegida para realizar tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Usted tiene el derecho de leer el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Le animamos a leerlo antes de firmar este formulario. Yo entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito a la oficina. La revocación sólo se aplicará a las medidas adicionales o tratamientos realizados por la oficina de ese punto en adelante.

Firma: _____ Fecha: _____

Si usted va a firmar en nombre de un paciente por favor complete lo siguiente:

Nombre _____ Relación con el paciente: _____

Revocación del consentimiento:

Revoco mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información de salud protegida para tratamiento, pago y atención médica

Signature _____ Date _____