



803 East Nasa Rd 1 Ste 120  
Webster, TX 77598  
(281) 286-3838

## **RECONOCIMIENTO DE LA PRIVACIDAD Y EL CONSENTIMIENTO FORMULARIO PARA EL PACIENTE**

Entiendo que bajo la ley de Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada, pero no es obligatorio para que yo firme con el fin de:

- Llevar a cabo, planificar y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar implicados en el tratamiento directa e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Realizar operaciones de atención médica normal, como las evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He sido informado por su parte de su Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgación de la información de mi salud. Me han dado una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que yo puedo comunicarme con esta organización en cualquier momento en la dirección anterior para obtener una copia actualizada de la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito de que forma mi información puede ser utilizada o revelada para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de salud. También entiendo que ustedes no están obligados a aceptar mis restricciones, pero si usted está de acuerdo entonces usted está en condiciones de garantizar que cumplir con estas restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que usted ha tomado medidas basándose en este consentimiento.

He recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad y se me ha brindado la oportunidad de revisarlo.

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_