

CONSENTIMIENTO

Yo le doy mi consentimiento a esta oficina para usar y compartir mi información médica para salir adelante con mi tratamiento, para obtener pago monetario de mi compañía de seguro, y para operaciones medicas, como revisión de cualidad.

Yo he sido informado que yo puedo revisar la Noticia de Practicas de Privacidad (para una mejor descripción de los usos y compartimiento) antes de firmar esta forma de consentimiento.

Yo entiendo que esta oficina tiene el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y que yo puedo obtener una copia de cualquier modificación de esta noticia en la oficina.

Yo entiendo que yo tengo el derecho a las restricciones de cómo información medica pueda ser usada. Sin embargo, yo también entiendo que esta oficina no es requerida a estar de acuerdo con mi petición. Si la oficina esta de acuerdo a mis restricciones, ellos deben de cumplir con estas restricciones.

Yo también entiendo que puedo rechazar este consentimiento en cualquier momento, hacienda una petición por escrito, excepto por la información que ya fue compartida y usada.

Firma: _____ Fecha: _____
Paciente, padre o tutor legal

Si ha sido firmada por un representante del paciente, por favor especifique su relación

_____.