

## CONSENTIMIENTO HIPAA DEL PACIENTE

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a la protección de la información de mi salud. Estos derechos me fueron otorgados bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento, los autorizo a usar y divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo lo siguiente:

- Tratamiento (incluido el tratamiento directo o indirecto por parte de otro proveedor de atención médica involucrado en mi tratamiento);
- Obtener el pago de terceros (por ejemplo, mi compañía de seguros);
- El día a día de las operaciones de atención médica de su práctica.

También se me informó y se me dio el derecho de revisar y asegurar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y la divulgación de mi información restringida de salud y derechos bajo HIPAA. Entiendo que reservan el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y que puedo ponerme en contacto con ustedes en cualquier momento para obtener la copia más actualizada de este.

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones de cómo se utiliza y divulga mi información protegida de salud, para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica: pero no se requiere que acepte estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si estoy de acuerdo, estoy obligado a cumplir con esta restricción.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. No obstante, cualquier uso o divulgación de la información que ocurrió antes de la fecha en la que se revocó este consentimiento, no se verá afectada.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Nombre del padre/ tutor legal \_\_\_\_\_

Firma del padre/ tutor legal \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_