



AUTORIZACION DE USO Y DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

SECCION A: PACIENTE DANDO CONSENTIMIENTO

Nombre: _____

Direccion: _____

Telefono: _____ Correo Electronico: _____

Patient Number: _____ Seguro Social: _____

SECCION B: PARA EL PACIENTE –POR FAVOR, LEA CUIDADOSAMENTE LO SIGUIENTE.

Objetivo del Consentimiento: Al firmar este formulario, usted dara su consentimiento a nuestro uso y divulgacion de su informacion de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atencion medica.

Aviso de Privacidad: Usted tiene el derecho de leer nuestro Aviso de Privacidad antes de decidir si firmar este Consentimiento. Nuestro Aviso proporciona una descripcion de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atencion medica, de los usos y divulgaciones que podemos hacer de su informacion medica protegida y de otros asuntos importantes. Una copia de nuestro Aviso acompana este Consentimiento. Le recomendamos que lo lea cuidadosamente y complemente antes de firmar este Consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras practicas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de Privacidad. Si cambiamos las practicas de Privacidad, emitiremos un Aviso de Privacidad revisado, el cual contendra los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquiera de su informacion de salud protegida que mantenemos.

Usted puede obtener una copia de nuestro Aviso de Privacidad, incluyendo cualquier revision de nuestro Aviso, en cualquier momento contactado:

Persona de Contacto: Jennifer Peña

Telefono: (952) 895-1600 Fax: (952) 895-1710

Correo de Electronico: jennifer.pena154@gmail.com

Direccion: 4135 Highway 13 West Savage, MN 55378

Derecho a Revocar: Usted tendra el derecho de revocar este Consentimiento en cualquier momento dandonos un aviso escrito de su revocacion presentado a la Persona de Contact enumerada arriba. Por favor entienda que la revocacion de este Consentimiento no afectara ninguna accion que tomamos en dependencia de este Consentimiento antes de recibir su revocacion y que podemos rechazar o continuar tratamiento si revoca este Consentimiento.

FIRMA

Yo, _____, he tenido la oportunidad de leer y considerer el contenido de este formulario de Consentimiento y su Aviso de Privacidad. Entiendo que al firmar este formulario de Consentimiento, doy mi consentimiento a su uso y divulgacion de mi informacion de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atencion medica.

Firma: _____ Fecha: _____

Si este consentimiento es firmada de un representante personal en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del Representante Personal: _____

Relacion al Paciente: _____

USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO DESPUES DE FIRMARLO.

Incluye el Consentimiento completo en el archivo del paciente.

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco mi Consentimiento para su uso y divulgacion de mi informacion de salud protegida para tratamiento, actividades de pago y operaciones de atencion medica. Entiendo que la revocacion de mi Consentimiento no afectara ninguna accion que usted tomo en dependencia de mi Consentimiento antes de que usted recibiera este Aviso escrito de la revocacion. Tambien entiendo que pueden rechazar o continuar tratamiento despues de haber revocado mi Consentimiento.

Firma: _____ Fecha: _____