

Formulario de Consentimiento Informado

Nuestro aviso sobre Prácticas de Privacidad provee la información sobre como nosotros podremos hacer uso y liberación de su información de salud protegida. Usted tiene el derecho de examinar nuestro Aviso antes de firmar este formulario. Como mencionado en nuestro Aviso, los términos de nuestras políticas pueden cambiar. Si cambiamos nuestras políticas, usted podrá recibir por escrito una copia actualizada al escribirnos al consultorio, o al pedirnos una copia en nuestro mesón principal de atención.

Usted tiene el derecho de pedirnos que restrinjamos cuán protegida es usada o liberada para un eventual tratamiento su información de salud, de pago o del manejo de su salud. Nosotros no somos obligados a acceder a esta restricción, pero si lo hacemos, estaremos comprometidos por nuestro acuerdo.

Al firmar este formulario, usted consiente con nuestros términos de uso y liberación de información protegida de salud sobre usted, para su tratamiento, pago o el manejo de su salud, como está descrito en nuestro Aviso. Usted tiene el derecho a rescindir de este consentimiento informado, por escrito, excepto cuando ya hayamos liberado información, basados en su consentimiento previo.

Nombre del Paciente

(En letra Imprenta) _____

(Firma) _____

Fecha: _____

Testigos: _____