



Consentimiento para la divulgación de información médica protegida

Yo, _____,
(Nombre del paciente)

____/____/____,
(Fecha de nacimiento)

_____-____-_____
(Número de Seguro Social)

Otorgo mi consentimiento para la divulgación de la información médica protegida que se requiera para llevar a cabo el tratamiento, o para el pago de servicios de atención de la salud a mi nombre.

He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad y tengo conocimiento de lo siguiente:

- Tengo el derecho de imponer restricciones en la forma en que se utiliza o divulga mi información médica protegida.
- Comprendo que, una vez que Cardiac Solutions acepta mis restricciones, debe cumplirlas.
- Tengo el derecho de revocar mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica protegida en cualquier momento. Comprendo que, si elijo revocar mi consentimiento, debo presentar una declaración por escrito con mi firma.
- Comprendo que Cardiac Solutions debe cumplir inmediatamente con mi solicitud de revocar el consentimiento, excepto en la medida en que ya haya tomado alguna medida en función de mi consentimiento original.
- Cardiac Solutions se reserva el derecho de cambiar oportunamente sus prácticas de privacidad que se describen en el Aviso de prácticas de privacidad. Cada vez que realicemos un cambio en nuestras prácticas, modificaremos el Aviso de forma acorde; y se lo informaremos, con la fecha de la enmienda colocada al final del Aviso publicado.

Comprendo que, en algunas ocasiones, Cardiac Solutions pueda necesitar contactarme por asuntos relacionados con mi salud. Para estas ocasiones, otorgo mi permiso para lo siguiente:

Hablar con otra parte autorizada..... **SÍ** [] **NO** []

Nombre de la parte autorizada _____ **Fecha de nacimiento** _____

Nombre de la parte autorizada _____ **Fecha de nacimiento** _____

Nombre de la parte autorizada _____ **Fecha de nacimiento** _____

Nombre de la parte autorizada _____ **Fecha de nacimiento** _____

Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____ **Firma** _____ **Fecha** _____

Para uso de la oficina solamente:
Médico responsable: JC GJ VP CM MR JS PP PQ FK MKR RG RS JMG AES MAK 02/08/16

Lea el reverso