



Formulario de consentimiento del paciente HIPAA

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

1. Tratamiento: (incluido el tratamiento directo o indirecto por parte de otros proveedores de atención médica involucrados en mi tratamiento).
2. Las operaciones diarias de atención médica del Distrito Hospitalario del Condado de Sublette.
3. Obtención del pago de terceros pagadores.

También se me ha informado y se me ha dado el derecho de revisar y asegurar una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida, y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que se reserva el derecho de cambiar los términos del aviso de vez en cuando y que puedo comunicarme con usted en cualquier momento para obtener la copia más actualizada de este aviso.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones sobre cómo se usa y divulga mi información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, pero que no está obligado a aceptar estas restricciones solicitadas, sin embargo, si está de acuerdo, está obligado a cumplir con esta restricción.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que haya ocurrido antes de la fecha en que revoque este consentimiento no se verá afectado.

Nombre del paciente: _____
(imprime)

Firma: _____

(Personal de oficina)

Witnessed by: _____ Date: _____

Patient Refused / Neglected to Sign this Document: _____