



CONSENTIMIENTO PARA UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

SECCIÓN A: EL PACIENTE QUE DA SU CONSENTIMIENTO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Relación: _____
(Padre/madre/tutor legal si el paciente es menor de edad)

SECCIÓN B: PARA EL PACIENTE: LEA CUIDADOSAMENTE EL TEXTO COMPLETO DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES.

Propósito del consentimiento: Al firmar este formulario usted da su consentimiento para que utilicemos y divulguemos su información de salud protegida para fines de tratamiento, cobranza y cuidado de salud.

Aviso sobre prácticas de privacidad: Usted tiene derecho a leer nuestro *Aviso sobre prácticas de privacidad* antes de tomar la decisión de firmar este Consentimiento. Nuestro Aviso describe nuestro tratamiento, nuestras prácticas de cobranza y actividades de cuidado de salud, cómo podremos utilizar y divulgar su información de salud protegida y otros asuntos importantes sobre dicha información. Adjuntamos a este Consentimiento una copia de nuestro Aviso. Le recomendamos que lea cuidadosamente todo su contenido antes de firmar este Consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro *Aviso sobre prácticas de privacidad*. Si cambiamos los términos de nuestro *Aviso sobre prácticas de privacidad*, emitiremos un documento nuevo que reflejará estos cambios. Dichos cambios podrán afectar cualquier aspecto de su información de salud protegida que conservamos en su expediente.

Usted puede obtener una copia de nuestro *Aviso sobre prácticas de privacidad*, incluyendo cualquier revisión que se le haya hecho, contactando a:

Persona contacto: Emma R

Teléfono: 503-585-6388 Fax: 503-585-0669

Correo electrónico: emma@wfamilymed.org

Dirección: 435 Lancaster Dr NE Salem, OR 97301

Derecho a revocar: Usted tendrá derecho a revocar este Consentimiento en cualquier momento mediante una notificación escrita su revocación dirigida a la persona contacto antes mencionada. Es importante que comprenda que la revocación de este consentimiento *no afectará* ninguna acción que hayamos tomado basados en el mismo antes de haber recibido su revocación y que nosotros denegarle cualquier tratamiento si revoca el Consentimiento.

FIRMA

Yo, _____, he tenido la oportunidad de leer y evaluar el contenido de este consentimiento y de su *Aviso sobre prácticas de privacidad*. Comprendo que al firmar este Consentimiento, los autorizo para que utilicen y divulguen mi información de salud protegida para fines de tratamiento, cobranza y cuidado de salud.

Firma: _____ Fecha: _____

Si un representante personal firma el Consentimiento en nombre del paciente, complete la siguiente información:

Nombre del representante personal: _____

Relación con el paciente: _____

USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO UNA VEZ QUE LO HAYA FIRMADO. El consentimiento llenado y firmado debe colocarse en la ficha del paciente

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el Consentimiento que he dado para que se utilice y divulgue mi información de salud protegida para fines de tratamiento, cobranza y cuidado de salud. Comprendo que la revocación del Consentimiento *no afectará* ninguna acción que hayan tomado basados en el mismo antes de haber recibido este *Aviso de revocación* por escrito. Comprendo también que ustedes podrán denegarme cualquier tratamiento una vez que haya revocado mi Consentimiento.

Firma: _____ Fecha: _____



RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

NOMBRE DEL PACIENTE (LETRA DE MOLDE)

NÚMERO DE CUENTA

Entiendo que WFMC Health usará y divulgará información sobre mi salud. Entiendo que mi información de salud puede incluir información tanto creada como recibida por la práctica, puede ser en forma de registros escritos o electrónicos o palabras habladas, y puede incluir información sobre mi salud, historia, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de las pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas y tipos de información similar relacionada con la salud.

Entiendo y estoy de acuerdo en que WFMC Health puede usar y revelar mi información de salud con el fin de:

- Tomar decisiones y planificar mi cuidado y tratamiento;
- Referirme a, consultar a, coordinar entre, y administrar junto con otros proveedores de atención médica mi cuidado y tratamiento;
- Determinar mi elegibilidad para el plan de salud o cobertura de seguro médico, y enviar facturas, reclamos y otra información relacionada a compañías de seguros u otras personas que puedan ser responsables de pagar por algunos o todos mis cuidados de salud; y
- Desempeñar diversas funciones de oficina, administrativas y comerciales que apoyan los esfuerzos de mi médico para proporcionarme, organizar y recibir el reembolso de una atención médica de calidad y rentable.

También entiendo que tengo el derecho de recibir y revisar una descripción escrita de cómo WFMC Health se encargará de la información médica sobre mí. Esta descripción escrita se conoce como un aviso de prácticas de privacidad y describe los usos y divulgaciones de la información de salud hecha y las prácticas de información seguidas por los empleados, médicos y otro personal del WFMC Health y mis derechos sobre mi información médica.

Entiendo que el aviso de prácticas de privacidad puede ser revisado de vez en cuando y que tengo derecho a recibir una copia de cualquier notificación revisada de las prácticas de privacidad. También entiendo que una copia del resumen de la versión más actual del aviso de prácticas de privacidad en vigor del Willamette Family Medical Center se publicará en el área de la recepción.

Entiendo que tengo el derecho de pedir que algunos o todos los datos de mi información de salud no sean usados o divulgados de la manera descrita en el aviso de prácticas de privacidad, y entiendo que WFMC Health no está obligado por ley a aceptar tales peticiones.

Al firmar a continuación, estoy de acuerdo en que he revisado y entendido la información anterior y que he recibido una copia de la notificación de las prácticas de privacidad.

Por _____
FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Fecha _____