



200 Porter Drive, Suite 101
San Ramon, CA 94583
1-800-943-8099

**CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACION
DE LA SALUD PARA TRATAMIENTO, PAGOS, O INTERVENCIONES, MEDICAS.**

NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ NO. DE SEGURO SOCIAL _____

Entiendo que como parte del cuidado de mi salud, esta organización origina y mantiene expedientes medicos que describen mi historial de salud, sintomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan para el cuidado futuro de mi salud o tratamiento.

Entiendo que la información del “Aviso de las Practicas Privadas” sirve como:

- Fundamento para la planeación del cuidado y tratamiento de mi salud.
- Un medio de comunicación entre los muchos profesionales del cuidado de la salud quienes contribuyen al cuidado de mi salud.
- Una fuente de información para aplicar mi diagnostico é información quirurjica a mi factura.
- Un medio por el cual una tercera persona responsable por el pago pueda verificar que los servicios cobrados fueron realmente proveidos.
- Una heramienta para operaciones rutinarias del cuidado de su salud tales como evaluaciones de la calidad de servicio, y revisiones de la competencia entre los profesionales medicos.

Favor de referirse al folleto “Aviso de las Practicas Privadas”, a la sección de “Restricciones de los requisitos.”

Solicito las siguientes restricciones para la divulgación o uso de la información de mi salud.

Información medica puede ser compartida con:

- Paciente solamente
- Miembro de la Familia o Amigo _____
- Medico
- Otros _____

Mensajes detallados concernientes a resultodos de exámenes medicos pueden dejurse en la maquina contestadora de mensajes

- Si
- No
- Numero telefonico _____

OTRAS RESTICCIONES _____

PACIENTE:

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Firma del testigo

PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Aceptado _____
 Rechazado _____ Firma _____ Posicion _____ Fecha _____