4424 S. Eastern Ave. , Las Vegas NV 89119
Tel: 702-732-7440

ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PARA TRATAMIENTO , PAGO O CUIDADO DE LAW SALUD DE ACUERDO A LA HIPAA

Al firmar este formulario, entiendo que, como parte de mi cuidado de la salud, el **CARING HEALTH CENTER** origina , recoge y mantiene papel y / o registros electrónicos que describen mi historial médico , síntomas , exámenes , resultados de pruebas, diagnósticos , tratamiento y cualquier plan para cuidado o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento
- Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de salud que contribuyen a mi cuidado
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta
- Un medio por el cual un pagador (s) de terceros puede verificar que los servicios facturados fueron proporcionados realidad
- Una herramienta para operaciones de atención médica de rutina, tales como la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia de los profesionales de la salud

Entiendo y he sido provisto de un Aviso de prácticas de privacidad que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de información. Yo entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento / divulgación y el derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de salud puede ser utilizada o revelada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Entiendo que el **CARING HEALTH CENTER** no está obligado a estar de acuerdo con las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, salvo en la medida en que la organización ya ha tomado acciones de seguridad sobre ella. También entiendo que, al negarse a firmar este consentimiento o revocar este consentimiento, esta organización puede negarse a tratarme como lo permita la Sección 164.520 del Código de Regulaciones Federales.

Entiendo que como parte del tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud de esta organización, puede ser necesario revelar mi información de salud protegida a otra entidad (compañía de seguros, refiriéndose médico, consultar el médico, hospital, etc.), y doy mi consentimiento para la divulgación para estos usos permitidos, incluyendo revelaciones a través de fax o correo electrónico. Además concedo **CARING HEALTH CENTER** permiso de salud a cargo de acceder a mi historial de medicamentos a efectos de mi tratamiento. Además, también me doy consentimiento para **CARING HEALTH CENTER** a revelar mi información protegida de la salud a la siguiente persona y / o personas, incluyendo pero no limitado a, cuidado de salud mental, información relacionada con VIH e información con alcohol o abuse de drogas.:

Nombre Número de teléfono	Relación
Nombre Número de teléfono	Relación
Nombre Número de teléfono	Relación

Entiendo completamente y acepto los términos de este consentimiento.

X_____ _____

Paciente/Tutor Legal Fecha

Revised 5/1/16