



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE CONFORME LA LEY HIPAA

Con mi consentimiento, Gastroenterology Specialists of Southwest Florida, P.A. (“la práctica”) puede utilizar y revelar o compartir mi información de salud protegida (PHI, por sus siglas en ingles), con el propósito de llevar a cabo tratamiento, cobros/pagos y gestiones relacionadas al cuidado de mi salud (TPO, por sus siglas en ingles).

Tengo el derecho de revisar la declaración sobre las prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. La práctica se reserva el derecho de revisar su declaración de prácticas de privacidad en cualquier momento. Una copia de la declaración de prácticas de privacidad puede ser obtenida al pedirlo por escrito a la práctica, enviando dicha petición a la dirección listada en este formulario.

Con mi consentimiento, la práctica puede llamar a mi casa u otra localidad designada, y dejar un mensaje de voz con respecto a cualquier artículo que ayude a la práctica a llevar a cabo gestiones TPO, tales como recordatorios de citas, artículos relacionados a seguros de salud y cualquier llamada relacionada a mi cuidado clínico, incluyendo resultados de laboratorio, entre otros. Con mi consentimiento, la práctica puede enviar a mi casa o cualquier otra localidad designada, ya sea por correo regular o vía correo electrónico, cualquier artículo que ayude a la práctica a llevar a cabo gestiones TPO, tales como recordatorios de citas, estados de cuenta y otros.

Yo tengo el derecho de pedirle a la práctica que restrinja el modo en que utiliza mi información de salud protegida (PHI, por sus siglas en Ingles) para llevar a cabo gestiones TPO (tratamientos, pagos/cobros y gestiones relacionadas al cuidado de mi salud). No obstante, la práctica no está obligada a estar de acuerdo con las restricciones impuestas por mí, pero si lo estuviese, estará sujeta a este acuerdo.

Al firmar este documento, yo consiento al uso y revelación de mi información de salud protegida, por parte de la práctica, para llevar a cabo gestiones TPO. Yo puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la situación en que la práctica ya haya revelado o compartido mi información, basándose en mi consentimiento previo. Si decido no firmar esta hoja de consentimiento, la práctica tiene el derecho de negarse a tratarme.

Deseo permitir acceso a mi expediente médico a las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Firma: _____ Fecha: _____