ARTHRITIS & RHEUMATIC CARE CENTER

6141 Sunset Drive, Suite 501 • South Miami, Florida 33143 • (305) 661-6615 • Fax (305) 661-6619

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y EL ACCESO DE SU INFORMACIÓN DE LA SALUD

SECCIÓN A: Consentimiento que da el paciente

Nombre_____

Dirección_____

Teléfono_____Numero del Seguro Social _____

SECCIÓN B: Para el paciente - lea por favor las declaraciones siguientes cuidadosamente

Propósito del consentimiento. Al firmar esta forma, usted consentirá a nuestro uso y acceso de su información protegida de la salud para realizar el tratamiento, actividades del pago, actividades investigacionales y operaciones del cuidado de la salud.

Aviso de las prácticas de confidencialidad. Usted tiene el derecho de leer nuestro aviso de las prácticas de confidencialidad antes de que usted decida firmar este consentimiento. Nuestro aviso proporciona una descripción del tratamiento, actividades del pago, actividades investigacionales y operaciones en el cuidado de la salud, y de las aplicaciones y accesos que podemos hacer de su información protegida de la salud, y de otras materias importantes sobre su información protegida de la salud. Una copia de nuestro aviso acompaña este consentimiento. Le animamos a que la lea cuidadosamente y totalmente antes de firmar este consentimiento.

Reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de confidencialidad según descrito en nuestro aviso de las prácticas de confidencialidad. Si cambiamos nuestras prácticas de confidencialidad, publicaremos una revision de las prácticas de confidencialidad, que contendrán los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquier información protegida de la salud que mantengamos.

Usted puede obtener una copia de nuestro aviso de las prácticas de confidencialidad, incluyendo cualquier revisión de nuestro aviso, en cualquier momento al comunicarse con nuestra oficina.

Derecho de revocar. Usted tendrá el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento dándonos el aviso escrito de su revocación sometida a nuestra oficina. Entienda por favor que la revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción que tomáremos en confianza en este consentimiento antes de que recibiéramos su revocación, y que podemos declinar tratarle o continuar tratándole si usted revoca este consentimiento.

FIRMA

Yo,_____ he tenido oportunidad completa de leer y de considerar el contenido de esta forma del consentimiento y el aviso de las prácticas de confidencialidad. Entiendo que, firmando esta forma del consentimiento, estoy dando mi consentimiento al uso y acceso de mi información protegida de la salud para realizar el tratamiento, las actividades del pago, actividades investigacionales y las operaciones del cuidado de la salud.

Firma:_____Fecha:_____

Si no es el paciente, relación:_____

Reorder from Heitline Medical Printing (305) 448-0233