

# McALLEN SURGEONS, L.L.P.

## Conocimiento de Privacidad del Paciente/Forma de consentimiento.

Yo entiendo que bajo la ley de transportabilidad del seguro de salud y la Acta de la responsabilidad de 1996 (HIPPA) yo tengo ciertos derechos de privacidad acerca de la información de salud. Yo entiendo que esta información puede ser utilizada para:

- Conducir, planear y dirigir mi tratamiento y las siguientes visitas en conjunto con las diferentes personas envueltas en mi tratamiento directa o indirectamente.
- Obtener pagos de terceras personas (seguro).
- Conducir operaciones normales de la salud como una auditoría de calidad o una certificación médica.

Yo he recibido su notificación de la privacidad del paciente conteniendo una más completa descripción del uso mi información médica. Yo entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar la notificación de la privacidad del paciente con el tiempo y que yo puedo contactarme con esta organización a cualquier hora en la dirección antes mencionada y obtener una copia de la información de la privacidad del paciente.

Yo entiendo que puedo hacer una petición por escrito referente al modo de restricción de mi información privada es usada para llevar el tratamiento, pagos u operaciones de salud. Yo entiendo que ustedes no pueden aprobar mi petición, pero si usted aceptan entonces se deberán apegar a mis peticiones:

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Relación del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

---

Para uso únicamente de la oficina

Yo traté de obtener la firma del paciente en el conocimiento de la notificación de la privacidad del paciente, pero fue difícil de obtener por lo que se documenta abajo

Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_