



Consentimiento para la divulgación y uso de información confidencial y recepción del Aviso sobre Prácticas de Privacidad

Yo, _____, por medio del presente, otorgo mi consentimiento a Legacy Medical Care Inc. para que utilice o divulgue, a los fines de realizar el tratamiento, pago u operaciones relacionadas con la atención de la salud, toda la información que contiene el registro del paciente de _____ con fecha de nacimiento de _____

(Nombre del paciente)

Reconozco haber recibido el Aviso sobre Prácticas de Privacidad. El Aviso sobre Prácticas de Privacidad brinda información detallada sobre la manera en la que el profesional debe utilizar y divulgar mi información confidencial.

Entiendo que el profesional se reserva el derecho a cambiar las prácticas sobre privacidad que se describen en el Aviso. También entiendo que se publicará una copia de cualquier Aviso Revisado en el consultorio y que se me entregará una copia si así lo solicitara.

Entiendo que este consentimiento es válido hasta que yo lo revoque. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, dando aviso por escrito de mi deseo de hacerlo, al consultorio. También entiendo que no podré revocar este consentimiento en los casos en los que el consultorio ya haya hecho uso del mismo utilizando o divulgando información sobre mi salud. La revocación escrita del consentimiento debe enviarse al consultorio del médico.

Firma: _____ Fecha: _____

Si usted no es el paciente, por favor, especifique su relación con el paciente _____



Consentimiento Para Servicios Medicos

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Por medio del presente, acepto que yo mismo reciba servicios médicos de Legacy Medical Care Inc. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento por escrito en cualquier momento. También entiendo que toda información relacionada con mi historia clínica o tratamiento permanecerá bajo confidencialidad a menos que las leyes estatales o federales vigentes requieran su divulgación.

Reconozco haber recibido información sobre los servicios, prácticas y horarios de atención y que todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido copia de, he leído y comprendido mis derechos y responsabilidades.

Firma del paciente

Fecha

Firma del padre/tutor o representante

Fecha

Firma del testigo

Fecha