

DIGESTIVE DISEASE CONSULTANTS, P.A.

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION PARA EL TRATAMIENTO,
OPERACIONES DE PAGO Y ATENCION DE LA SALUD

Yo, autorizo Digestive Disease Consultants, P.A. para usar y/o revelar mi información de salud que específicamente me identifique o que razonablemente puede utilizarse para identificar a realizar mis operaciones de tratamiento, pago y cuidado de la salud. Entiendo que este consentimiento es voluntario, si me niego a firmar este consentimiento, Digestive Disease Consultants, P. A. puede negarse a tratarme.

He sido informado de que Digestive Disease Consultants, P.A., ha preparado un aviso que describe mas completamente los usos y divulgaciones que se puedan hacer de mi individual información de salud para tratamiento, pago y salud cuidado de operaciones. Entiendo que tengo el derecho de revisar esta notificación antes de firmar este consentimiento.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento notificándolo a Digestive Disease Consultants, P.A., por escrito, pero si revoco mi consentimiento, dicha revocación no afectara a las acciones que llevo a Digestive Disease Consultants, P.A., antes de recibir mi revocación.

Entiendo que Digestive Disease Consultants, P.A. he reservado el derecho a modificar sus prácticas de privacidad y que puedo obtener tal aviso modificado bajo petición.

Entiendo que tengo derecho a solicitar Digestive Disease Consultants, P.A. restringe como mi información de salud identificable individualmente es utilizada o revelada para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de salud. Entiendo que Digestive Disease Consultants, P.A. no tiene que aceptar estas restricciones, sino que una vez dichas restricciones se acuerda, Digestive Disease Consultants, P.A. debe adherirse a tales restricciones.

Autorizo a los nombres que figuran a continuación para recibir información médica:

1. _____

2. _____

3. _____

Firma del paciente o representante
(Formulario DEBE ser completado antes de la firma)

Fecha

Nombre del paciente o representante del paciente

Relacion con el paciente