CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA LAS OPERACIONES DE TRATAMIENTO, PAGO Y ATENCIÓN MÉDICA

**Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo ​​a Digestive Disease Consultants, PA. para usar o divulgar mi información médica que me identifica específicamente, o que pueda usarse razonablemente para identificarme para llevar a cabo mi tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Entiendo que si bien este consentimiento es voluntario, si me niego a firmarlo, Digestive Disease Consultants, PA. puede negarse a tratarme.**

**Me han informado que Digestive Disease Consultants, PA. ha preparado un ("Aviso"), que describe de manera más completa los usos y divulgaciones que se pueden hacer de mi información médica individual e identificable para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Entiendo que tengo derecho a revisar dicho ("Aviso") antes de firmar este consentimiento.**

**Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento notificando a Digestive Disease Consultants, PA., Por escrito, pero si revoco mi consentimiento, tales como revocaciones no afectarán mis acciones que Digestive Disease Consultants, PA. tomé antes de recibir mi revocación.**

**Entiendo que Digestive Disease Consultants, PA. se ha reservado el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y que puedo obtener dicho cambio de notificación a pedido.**

**Entiendo que tengo derecho a solicitar Digestive Disease Consultants, PA. restringe cómo se usa o divulga mi información médica identificable individualmente para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Entiendo que Digestive Disease Consultants, PA. no tiene que estar de acuerdo con tales restricciones, pero una de tales restricciones está de acuerdo, Digestive Disease Consultants, PA. debe adherirse a tales restricciones.**

**Autorizo ​​a los nombres que figuran a continuación a recibir mi información médica.**

1. **Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Relacion del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Relacion del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Relacion del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**Firma del paciente o del representante del paciente**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacion del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Imprime el nombre del paciente o su representante**