



PROJECT ACCESS NASHVILLE SPECIALTY CARE  
Un programa del Medical Foundation of Nashville

¿Prefiere completarlo en línea?

Use el código QR o el enlace:

[bit.ly/PANSC-HIPAA-Spanish](https://bit.ly/PANSC-HIPAA-Spanish)



## Formulario de consentimiento del paciente para el cumplimiento de HIPAA

### INFORMACIÓN

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información de salud protegida. El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Usted confirma con su firma que ha tenido la oportunidad de revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos del aviso pueden cambiar; de ser así, se le notificará para que actualice su firma/fecha.

Usted tiene derecho a restringir cómo se utiliza y divulga su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos este acuerdo. La ley HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos de 1996) permite el uso de la información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida y el uso potencialmente anónimo en una publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no tendrá carácter retroactivo.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- El paciente tiene derecho a restringir el uso de la información, pero la organización no tiene que aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces cesarán todas las divulgaciones completas.
- La organización puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

### RESPUESTA DEL PACIENTE REQUERIDA

¿Podemos llamarle, enviarle un correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar sus citas? (circule una)

SÍ

NO

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático al número que aparece a continuación? (circule una)

Teléfono preferido: \_\_\_\_\_

SÍ

NO

Correo electrónico preferido: \_\_\_\_\_

¿Podemos hablar sobre su condición médica con otro miembro de su familia? (circule una)

SÍ

NO

Si su respuesta es sí, por favor liste los familiares aprobados y su parentesco: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### FIRMA REQUERIDA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Este consentimiento fue firmado por (NOMBRE EN LETRA DE MOLDE): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Identifique al firmante:

Paciente

Padre de un menor

Guardián legal

Otro representante autorizado

(Explique): \_\_\_\_\_

\* Es posible que se requiera prueba de autorización legal.