

Florida Center For Allergy & Asthma Care

CONSENTIMIENTO PARA UTILIZACION Y DIVULGACION DE LA INFORMACION DE LA SALUD

SECCION A: Autorización del Paciente

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ E-Mail: _____

No. Pacient: _____ No. Seguro Social _____

SECCION B: Para el paciente – Por favor lea cuidadosamente lo siguiente

Propósitos de la Autorización: Firmando este documento, usted esta autorizándonos a hacer uso de la información de su salud a la vez que ha divulgarla para poder hacerle tratamiento, actividades de pago y funcionar en general todo nuestro cuidado de la salud para con usted.

Notificación de la Privacidad de la Práctica: Usted tiene el derecho de leer esta Notificación antes de decidir si firma la autorización o no. Nuestra Notificación le provee una descripción de nuestro tratamiento, pago de actividades y funciones del cuidado de su salud a la vez que del uso y la divulgación de la información de su salud y de otra información importante acerca de la protección de la información de su salud. Una copia de esta notificación va acompañada de la autorización. Nosotros lo invitamos que lo lea detalladamente y completamente antes de firmar esta autorización.

Nosotros nos reservamos el derecho de cambiar nuestra privacidad en la práctica como esta descrito en la Notificación de la Privacidad en la Practica, lo cual contendrá los cambios. Dichos cambios pueden aplicar a cualquiera de nuestra información protegida de la salud.

Usted puede obtener una copia de nuestra Notificación de la Privacidad de la Práctica, incluyendo alguna revisión de nuestras notificaciones, en cualquier momento contactándonos a:

Privacy Officers

Geidy Rodriguez, Director of Office Operations
Shannon Saunders, Director of Office Operations
11880 SW 40th Street
Suite 304
Miami, FL 33175
305-223-8808

Derecho de Revocar: Usted tiene el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por medio de una carta dirigida a la persona que se menciona anteriormente como persona a contactar y debe de estar firmada por usted. Por favor entienda que la revocación a esta autorización no afectara en ninguna forma el tratamiento que se le halla dado antes de que esta revocación halla sido recibido usted departe de nosotros. Puede ocurrir que nosotros nos neguemos a atenderlo como nuestro paciente o continuar algún tratamiento.

FIRMA

Yo, _____, he tenido muchas oportunidades de leer y entender el contenido de este documento a la vez que la Notificación de la Privacidad en la Practica. (Entiendo que si firmo esta autorización, yo estoy autorizando a utilizar, a divulgar mi información de la salud. También estoy autorizando a hacer las actividades necesarias para recaudar el pago de mi tratamiento o consulta, ejercer tratamiento, y funcionamiento del cuidado de la salud.

Firma: _____ Fecha: _____

Si el consentimiento ha sido firmado por otra persona en representación del paciente, conteste los siguientes apartados:

Nombre del representante: _____

Relación tenida con el paciente _____

Usted tiene el derecho a obtener una copia del consentimiento otorgado una vez firmado el mismo.

FOR OFFICE USE ONLY

____ Individual refused to sign

____ Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgment

____ An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement

____ Other