

Consentimiento del Paciente para el Uso y Divulgo
De Información de Salud Protegida

Efectivo fecha: 04-01-2003

Con mi consentimiento, Valley Family Medicine puede usar y divulgar información protegida de salud(PHI) de mí para ejecutar tratamiento, pago o tratamiento de cuidado medico(TPO). Por favor refiérase a la Noticia de Practica de Privacidad de Valley Family Medicine para una mejor descripción de tal uso y divulsión.

Tengo el derecho de revisar la Noticia de Practica de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Valley Family Medicine reserva el derecho de hacer reviso en su Practica de Privacidad a cualquier hora. Una Noticia de Practica de Privacidad puede ser obtenida al mandar petición por escrito a la Oficina de Privacidad de Valley Family Medicine al 1505 Mill St. New London, WI, 54961.

Con mi consentimiento, Valley Family Medicine puede llamar mi casa u otro lugar señalado y dejar un mensaje en maquina de voz o por persona en referencia a cualquier articulo que ayude a llevar acabo TPO, tales como recordatorio de citas, cosas del seguro y cualquier llamada perteneciente a mi cuidado medico, incluyendo resultados de laboratorio entre otros.

Con mi consentimiento, Valley Family Medicine puede mandar una carta por correo electrónico a mi casa u otro lugar señalado de cualquier articulo que ayude a llevar acabo TPO, tal como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones de pacientes. Tengo el derecho de pedir que Valley Family Medicine restringa como use o divulga mi PHI para llevar acabo el TPO. Mas aun, la practica no es requerida de estar de acuerdo con mi petición de restricción, pero sí lo esta, esta sujeta por este acuerdo.

Por firmar esta forma, doy permiso a Valley Family Medicine el uso y divulsión de mi PHI para llevar acabo el TPO.

Yo puedo revocar mi consentimiento por escrito con excepción al grado de que la practica ya halla divulgado en confianza antes de mi petición. Si no firmo este consentimiento, Valley Family Medicine puede renunciar él proveerme cuidado medico.

Firma del Paciente o Guardián legal

Nombre del Paciente

Fecha

En letra escrita el Nombre del Paciente o Guardián legal