



1200 East Davis St. Suite 113
Mesquite, TX 75149

Phone # (972) 295-9090
Fax # (972) 534-0010

Consentimiento del acuse de recibo de la notificación de privacidad

Entiendo que como parte de la prestación de servicios de atención médica, Pioneer Healthcare Clinic, crea y mantiene registros de salud y otra información que describe, entre otras cosas, mi historial médico, síntomas, diagnóstico, tratamiento exámenes y resultados de pruebas, historia de medicamentos recetados y los planes de las para el cuidado o tratamiento futuro.

He recibido una notificación de prácticas de privacidad que ofrece una descripción más completa del uso y la divulgación de cierta información de salud. Yo entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que la organización se reserva el derecho de cambiar su aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que la organización se reserva el derecho a cambiar su aviso y prácticas y antes de la puesta en práctica mandar por correo una copia de la notificación revisada a la dirección que he proporcionado. Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información puede ser utilizada o revelada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica (evaluación de calidad y actividades de mejora, suscripción, clasificación de primas, organizar o realizar revisiones médicas, servicios legales y las funciones de auditoría, etc) y que la organización no está obligada a aceptar la restricción solicitada.

Al firmar este formulario, su consentimiento para el uso y divulgación de información de salud protegida sobre mí con el propósito de las operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando las revelaciones ya se han hecho basándose en mi consentimiento previo.

Este consentimiento es dado libremente con la condición de que:

1. Ay y todos los registros, en escrito u oral o en formato electrónico, son confidenciales y no pueden ser discutidos por razones fuera del tratamiento, pago de operaciones de atención médica sin mi autorización previa y por escrito, salvo las excepciones establecidas por la ley.
2. Una fotocopia de fax de este consentimiento es tan válida como el original.
3. Yo tengo el derecho de solicitar que el uso de mi información protegida de la salud, que es o revelada por efectúe con destino a tratamiento, pago u operaciones de atención médica, ser restringido. También entiendo que la Clínica de Salud Pioneer y debo aceptar ninguna restricción por escrito que lo soliciten sobre el uso y divulgación de mi información de salud pretegida, y acuerdan dar por terminado cualquier restricción por escrito sobre el uso y divulgación de mi información protegida que haya sido previamente acordado.

Nombre Completo

Fecha

Firma

Fecha De Nacimiento

Firma de Guardian