

Consentimiento del paciente para el uso y la divulgación de información médica para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica

Yo, _____, entiendo que como parte de mi atención médica, Edinger Medical Group genera y mantiene registros en papel y/o electrónicos que describen mi historial de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan de atención o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planificar mi atención y tratamiento,
- Un medio de comunicación entre los distintos profesionales de salud que contribuyen a mi atención,
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura,
- Un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados se han prestado realmente, y
- Una herramienta para las operaciones rutinarias de atención médica, como la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia de los profesionales de salud

Entiendo y me han proporcionado un Aviso de Prácticas de Privacidad que brinda una descripción más completa de los usos y divulgación de la información. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento, y
- El derecho a solicitar restricciones en cuanto a la forma en que se puede utilizar o divulgar mi información médica para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.

Entiendo que Edinger Medical Group no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya haya tomado acciones al respecto. También entiendo que si me niego a firmar este consentimiento o lo revoco, esta organización puede negarse a tratarme como lo permite la Parte 45, Sección 164.506 del Código de Regulaciones Federales.

Deseo que se apliquen las siguientes restricciones al uso o a la divulgación de mi información médica:

Deseo compartir mi historial médico electrónico para que me ayude con mis necesidades de atención actuales o futuras:

Nombre:

Relación:

Correo electrónico:

Teléfono:

Entiendo que tengo el derecho de revocar este privilegio por escrito.

Entiendo que, como parte del tratamiento, pago u operaciones de atención médica de esta organización, puede ser necesario divulgar mi información médica protegida a otra entidad, y doy mi consentimiento para tal divulgación para estos usos permitidos, incluyendo la divulgación por fax.

Entiendo completamente acepto / rechazo los términos de este consentimiento.

Firma del paciente o tutor

Fecha

V20201015