

Autorizacion del Paciente

POR FAVOR LEA ESTE AVISO DE PRIVACIDAD USADO EN ESTA OFICINA y si gusta pida una copia para sus records.

Por favor nombre los miembros de la familia u otras personas a las cuales podemos informarle de su condicion general medica y su diagnostico (esto incluye tratamiento, pago, y operaciones del cuidado de su salud)

Por favor nombre los miembros de la familia u otra persona a la cual podemos informarle de su condicion medica en caso de EMERGENCIA:

Nombre: _____ Telefono: _____

Nombre: _____ Telefono: _____

Por favor escriba la direccion donde Ud prefierie que le mandemos su cuenta y/o correspondencia si es diferente a su direccion de casa:

Por favor escriba el numero de telefono (si es diferente al numero telefonico de su casa) donde quiere que lo llamemos para recordarle de citas o si necesitamos otra informacion referente a su cuidado de salud, (comprendo que el telefono celular no es una linea segura) _____ (comprendo que mensajes pueden dejarse en la maquina de respuesta o voz de correo)

Al firmar este papel estoy confirmando my autorizacion para uso/revelacion de mi informacion de salud protegida como es descrita en este formulario y el AVISO DE ESTA PRACTICA DE PRIVACIDAD. Comprendo que al firmar esto, no es una condicion de tratamiento. Estoy confirmando que he leido el AVISO DE ESTA PRACTICA DE PRIVACIDAD y estoy de acuerdo con lo que dice. Comprendo que puedo revocar esta autorizacion, solo necesito traer o mandar una nota escrita a esta oficina.

Nombre (letra imprenta): _____

Firma: _____

Nombre del Guardian/Padre (si es menor de 18 anos): _____

Firma del Guardian/Padre: _____ Fecha: _____

**Consentimiento del Paciente Nuevo para el Uso y Revelacion de la Informacion de Salud
para el Tratamiento, Pago, o para las operaciones del Cuidado de Salud
de**

SIERRA REGIONAL SPINE INSTITUTE

Yo, _____, comprendo que como parte de mi cuidado de salud, SIERRA REGIONAL SPINE INSTITUTE, origina y mantiene papeles y/o records electronicos que describen mi historia de salud, sintomas, examinacion, resultados de exámenes, diagnosticos, tratamiento, y planes para mi cuidado del futuro o tratamiento. Comprendo que esta informacion sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento
- Un medio de comunicacion entre muchos profesionales de salud quienes contribuyen a mi cuidado
- Una fuente de informacion para aplicar mi diagnostico e informacion de mi cirujia a mi cuenta
- Un medio por el cual el tercer pagador puede verificar que servicios cobrados fueron realmente dados, y
- Un instrumento para operaciones rutinarias de su cuidado de salud tales como calcular calidad y revisar la capacidad de los profesionales que le estan dando su cuidado de salud.

Comprendo y se me ha dado el Aviso de Informacion de esta Practica el cual da una descripcion mas completa de los usos de informacion y revelacion. Comprendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho de revisar este aviso antes de firmar este consentimiento
- El derecho a objetar el uso de mi informacion de salud para objetivos de directorios. y
- El derecho para pedir restricciones de como mi informacion de salud puede ser usada o revelada para hacer el tratamiento, pago u operaciones de mi cuidado de salud

Comprendo que SIERRA REGIONAL SPINE INSTITUTE no esta obligado a estar de acuerdo a las restricciones pedidas. Comprendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto si la organizacion ya ha tomado accion. Tambien comprendo que al rehusar firmar este consentimiento o revocarlo, esta organizacion puede rehusar darme el cuidado medico como es permitido en la Seccion 164.506 del Codigo de las Regulaciones Federales.

Mas aun comprendo que SIERRA REGIONAL SPINE INSTITUTE reserva el derecho de cambiar su aviso y practicas y puede hacerlo antes de ponerlo en practica, de acuerdo con la Seccion 164.520 del Codigo de las Regulaciones Federales. Si esta oficina cambia este aviso, Ud recibira una copia del aviso revisado y sera mandado a la direccion que ya los ha dado.

Deseo tener las siguientes restricciones para el uso o revelacion de mi informacion de salud:

Comprendo que como parte del tratamiento de esta organizacion, pago, u operaciones del cuidado de salud, puede que llegue a ser necesario dar mi informacion protegida de salud a otra entidad, esto incluye dando esta informacion por el fax y yo consiento a esto.

Yo comprendo y acepto/declino los terminos de este consentimiento

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Consent received by _____ on _____.

Consent refused by patient, and treatment refused as permitted.

Consent added to the patient's medical records on _____.