



PARK CITY FAMILY
HEALTH

Consentimiento de Pacientes Nuevos Para el Uso Y Divulgo de Informacion Medica Para Tratamiento, Pago, o Operaciones de Tratamiento de Salud

Yo, (escriba su nombre) _____, entiendo que como parte de mi tratamiento medico, Park City Family Health origina y mantiene records medicos describiendo mi historia de salud, sintomas, examinaciones y resultados de examenes, diagnosis, tratamiento y cualquier plan para tratamientos o cuidados futuros. Yo entiendo que esta informacion sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento,
- Un medio de comunicacion entre los muchos profesionales de salud que contribuyen en mi cuidado,
- Una base de informacion para aplicar mis diagnosis e informacion cirurgica a mi cobro,
- Una base de referencia por la cual un pagador terciario puede verificar que los servicios cobrados fueron verdaderamente otorgados, y
- Una forma de ayuda para operaciones de cuidado de salud de rutina tal como asegurar calidad y revisando la competencia de los profesionales de cuidado medico.

Yo entiendo y he sido proporcionado con un *Aviso de Informacion de Practicas* que me proporciona una descripcion mas completa sobre los usos de informacion y su divulgacion. Yo entiendo que tengo los privilegios y derechos siguientes:

- El derecho de revisar el Aviso antes de firmar este consentimiento,
- El derecho de negar al uso de mi informacion medica para usos de directorio, y
- El derecho de pedir restricciones de como mi informacion de salud sea usada o divulgada para tratamientos, pagos, u operaciones de cuidado de salud.

Yo entiendo que Park City Family Health no esta obligado a ceder con las restricciones pedidas. Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, con la excepcion en los casos que la organizacion ya haya tomado acciones de acuerdo de entonces en adelante. Yo entiendo que al no firmar este consentimiento, o su revoco, esta organizacion puede negarme tratamiento de acuerdo a la Seccion 164.506 de elCodigo de Regulaciones Federales.

Yo tambien entiendo que Park City Family Health se reserva el derecho de cambiar el Aviso y Practicas antes de su implementacion, de acuerdo a la Seccion 164.520 de elCodigo de Regulaciones Federales. En caso de que Park City Family Health cambia su Aviso, ellos me mandaran una copia de cualquier Aviso revisado a la direccion que yo he dado (ya sea por U.S. Mail o, si estoy de acuerdo, correo electronico/e-mail).

Yo deseo tener las restricciones siguientes al uso o divulgo de mi informacion de salud:

Yo entiendo que como parte de el tratamiento de esta organizacion, pago, o operaciones de cuidado de salud, puede ser necesario divulgar mi informacion de salud protegida a otra persona, y doy consentimiento a tal divulgacion para estos usos permitidos, incluyendo divulgos via fax.

Yo entiendo completamente y acepto/niego a los terminos de este consentimiento.

Firma del paciente

Fecha de Hoy

FOR OFFICIAL USE ONLY / PARA USO OFICIAL UNICAMENTE

- Consent received by _____ on _____.
- Consent refused by patient, and treatment refused as permitted.
- Consent added to the patient's medical record on _____.