



5925 CROMO DR. STE. B, EL PASO, TX 79912 P: (915) 283-4730 | F: (915) 283-6210

FORMULARIO DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Este formulario es opcional según las normas de privacidad para pacientes nuevos recientemente emitidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Hemos elegido utilizar este formulario, antes de comenzar su tratamiento.

Este Aviso de prácticas de privacidad brinda información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida. Contiene una sección de Derechos del paciente que describe sus derechos conforme a la ley. Usted tiene el derecho de revisar nuestro Aviso antes de firmar este Consentimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina.

Tiene derecho a solicitar que limitemos la forma en que se utiliza o divulga su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos ese acuerdo.

Su información de salud protegida (i, e., Nombres, fechas, números de teléfono, dirección de correo electrónico, domicilio, seguridad social, etc.) puede usarse en relación con su tratamiento, pago de su cuenta u operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida para su tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Usted tiene el derecho de revocar este Consentimiento, por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos hecho con respecto a su consentimiento previo. La Práctica proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA).

Yo, _____ como paciente o tutor de un paciente del Centro de Cirugía Oral y Facial de Prestige, autorizo que la información médica sobre mi tratamiento y atención se discuta con las siguientes personas.

Nombre del Paciente: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Persona Autorizada: _____ Firma: _____ Fecha: _____

