



El Centro de Corazón

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE LOS DERECHOS A PRIVACIDAD DEL PACIENTE COMO TAMBIÉN LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y DE EL CENTRO.**

He recibido una copia de la "notificación de los derechos a privacidad del paciente " y una copia de "Los derechos y responsabilidades del paciente y de El Centro" informándome de mis derechos como paciente de El Centro de Corazón. Entiendo que como parte de mi atención o el cuidado de mi hijo, esta Agencia se genera y mantiene registros que describen la historia de mi salud y/o la de mis niños, síntomas, resultados de pruebas y examen, diagnóstico, tratamiento y planes para la futura atención o tratamiento.

Entiendo que esta información sirve como: (1) una base para la planificación de tratamiento y cuidado mío y mis niños. (2) Un medio de comunicación entre los muchos profesionales que contribuyan a mi cuidado. (3) Un medio por el cual un tercero pagador (seguro médico) puede verificar que realmente se prestaron servicios facturados. (4) Una herramienta para operaciones de rutina, como evaluar la calidad de la atención y examen de competencia de los profesionales de atención.

Entiendo que tengo derecho: (1) a solicitar restricciones sobre cómo se puede utilizar o divulgar mi información para llevar mi tratamiento y solicitud de pagos. Sin embargo, reconozco que la Agencia no está obligada aceptar las restricciones que pida. (2) A revocar este consentimiento por escrito, salvo en la medida en que la Agencia ya haya tomado medidas en dependencia al respecto.

Solicito las siguientes restricciones para el uso o la divulgación de mi información de salud:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Inicial: \_\_\_\_\_

Doy consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para tratamiento, pago y/u operaciones en el curso de mi atención médica o la de mis hijos.

_____	_____	_____	_____
<b>Imprima el nombre</b> (Padre o encargado legal si el paciente es menor de edad)	<b>Firma</b>	<b>Relación</b>	<b>Fecha</b>

Si una persona distinta de los padres o designado legal, firma esta autorización en nombre del paciente, complete lo siguiente:

**Nombre de la persona que firma:** \_\_\_\_\_ **Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

**Número de identificación:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma** **Fecha**