

# Consentimiento

## Consent

Doy a este consultorio / clínica consentimiento para usar o divulgar mi información médica protegida con el fin de llevar a cabo mi tratamiento, obtener pago de las compañías de seguros y para operaciones de atención de salud tales como revisiones de calidad.

Se me ha informado que puedo examinar el Aviso de prácticas de privacidad del consultorio / clínica (para obtener una descripción más completa de los usos y divulgaciones) antes de firmar este consentimiento.

Comprendo que este consultorio / clínica tiene el derecho a cambiar sus prácticas de privacidad y que puedo obtener cualquier aviso modificado en el consultorio / clínica.

Comprendo que tengo el derecho a solicitar una restricción a cómo se usa mi información médica protegida. Sin embargo, también comprendo que este consultorio / clínica no está obligado a aceptar la solicitud. Si el consultorio / clínica acepta la restricción solicitada, debe respetarla.

También comprendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, mediante una solicitud por escrito, a excepción de la información que ya se usó o divulgó.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Paciente, padre o tutor legal

Si firma el representante del paciente, establezca relación con él o ella.