

**JORDAN MEADOWS CENTRO
MÉDICO
3354 West 7800 South
West Jordan, UT 84088
801-282-2677**



**HUNTER CENTRO MÉDICO
3534 South 6000 West
West Valley City, UT 84128
801-969-6264**

HIPAA FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Yo entiendo que tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Yo recibo estos derechos bajo el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) de 1996. Yo entiendo que al firmar este consentimiento que autorizo a utilizar y revelar mi información de salud protegida para realizar:

- Tratamiento (incluyendo tratamiento directa o indirecta por otros proveedores de salud involucrados en mi tratamiento)
- Obtener el pago de terceros pagadores (por ejemplo mi compañía de seguros);
- Las operaciones diarias de la salud de su práctica.

Yo también he sido informado y he tenido el derecho de revisar y asegurar una copia de su aviso de prácticas de privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud protegida y mis derechos bajo HIPAA. Yo entiendo que ustedes reservan el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y que puedo contactarte en cualquier momento para obtener la copia más reciente de este aviso.

Yo Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo mi información de salud protegida es utilizada y revelada para realizar tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, pero que no están obligados a aceptar estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si usted está de acuerdo, entonces están obligados a cumplir con esta restricción. Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que ocurrió antes de la fecha que revocar este consentimiento no es afectada.

Nombre del Paciente – POR FAVOR IMPRIMA

Firma del Paciente

Nombre del Representate – POR FAVOR IMPRIMA

Firma del Representativo

Fecha de Hoy

Yo autorizo a las siguientes personas para tener acceso a mi información de salud:

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____