

Southwest Internal Medicine Group
Roberto Ruiz, M.D., F.A.C.P.
40th Street Medical Plaza - 16601 N. 40th St., Ste. 110 - Phoenix, Arizona 85032
(602) 253-0855 Fax (602) 253-0535
PLEASE FAX ALL CORRESPONDENCE TO: (602) 424-6986

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA USAR Y REVELAR
INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD MÉDICA**

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Numero de Seguro Social: ____ - ____ - ____

Nombre Anterior: _____

Yo entiendo que mi/el paciente información de salud médica es privada y confidencial. Yo entiendo que Southwest Internal Medicine Group trabaja duro para proteger mi/el paciente privacidad y confidencialidad de mi/el paciente información de salud médica.

Yo entiendo que Southwest Internal Medicine Group puede usar y revelar mi/el paciente información de salud médica para proveer tratamiento a mi/el paciente, para manejar las fracturas y pagos, y encargarse de otras operaciones relacionadas a la salud médica. En general, no habrá otros usos y revelaciones de esta información a menos que yo lo permita. Yo entiendo que algunas veces la ley puede obtener esta información sin mi permiso. Estas situaciones son fuera de lo común. Un ejemplo puede ser si el paciente causa daño a si mismo o a otros.

Southwest Internal Medicine Group tiene un documento detallado llamado la "Noticia de Practicas Privada para Proteger la Información de Salud Médica". Este documento contiene información más detallada acerca de cómo podemos usar y revelar la información de salud médica del paciente. Yo entiendo que tengo el derecho legal a leer la "Noticia" antes de firma este consentimiento.

Southwest Internal Medicine Group puede actualizar "Noticia de Practicas Privada para Proteger la Información de Salud Médica" a cualquier momento y sin notificar anteriormente. Si yo pido, Southwest Internal Medicine Group me proveerá con las más reciente "Noticia de Practicas Privada para Proteger la Información de Salud Médica".

Bajo los términos de este consentimiento, yo puedo pedir a Southwest Internal Medicine Group que limite como mi/el paciente información de salud médica es usada o revelada para seguir el tratamiento, pago o operaciones de salud médica. Yo entiendo que Southwest Internal Medicine Group no tiene que aceptar mi/el paciente petición. Si Southwest Internal Medicine Group no acepta mi/el paciente petición, yo entiendo que Southwest Internal Medicine Group seguirá los limites aceptados.

Yo puedo cancelar este consentimiento por escrito en cualquier momento haciendo uno de lo siguiente:

- 1) Firmar y fechar una forma que Southwest Internal Medicine Group puede darme llamada "Revocación de Consentimiento del Uso y Revelación de Información de Salud Médica";

O

- 2) Escribir, firmar, y fechar una carta a Southwest Internal Medicine Group. Si yo escribo una carta, debe de decir que yo quiero revocar mi/el paciente consentimiento de autorización del uso y revelación de mi/el paciente información de salud médica para tratamiento, pago y operaciones de salud médica.

Si yo revoco este consentimiento, Southwest Internal Medicine Group no tiene que proveer a mi/el paciente ningún servicio medico más.

Mi firma indica que me han dado la oportunidad de revisar una copia actualizada de Southwest Internal Medicine Group de la "Noticia de Practicas Privada para Proteger la Información de Salud Médica". Mi firma significa que yo doy mi consentimiento a Southwest Internal Medicine Group para usar y revelar mi/el paciente información de salud médica protegida para seguir el tratamiento, pago y operaciones de salud médica.

Paciente o Persona Autorizada Legalmente para Firmar

Fecha

Tiempo

Relación al paciente si esta firmada por alguien más que el paciente (padres, guardián legal, representante personal, etc.)