

Melva Palacios, MD, P.A.
2722 W. Canton Rd.
Edinburg, TX 78539
Teléfono: 956-383-4157 ~ Fax: 956-383-5457

Consentimiento para usar PHI

Reconocimiento por consentimiento para el uso y divulgación de información protegida sobre la salud

Uso y divulgación de su información médica protegida

Su Información Médica Protegida será utilizada por Palacios Family Medicine o puede ser revelada a otras personas con fines de tratamiento, obtención de pago o apoyo a las operaciones diarias de atención médica de esta oficina.

Notificación de prácticas de privacidad

Debe revisar la Notificación de Prácticas de Privacidad para obtener una descripción más completa de cómo su Información de Salud Protegida puede ser usada o divulgada. Describe sus derechos, ya que se refieren al uso limitado de información de salud, incluyendo su información demográfica, recopilada de usted y creada o recibida por esta oficina. He recibido una copia de la Notificación de la Política de Privacidad del Paciente.

_____ **Iniciales de Paciente**

Solicitar una restricción en el uso o divulgación de su información

- Usted puede solicitar una restricción sobre el uso o divulgación de su Información Protegida de Salud.
- Esta oficina puede o no acordar restringir el uso o divulgación de su Información de Salud Protegida.
- Si aceptamos su solicitud, la restricción será obligatoria para esta oficina. El uso o divulgación de información protegida en violación de una restricción acordada será una violación de las normas federales de privacidad.

Aviso de Tratamiento en Áreas Abiertas o Comunes

A veces se usan áreas abiertas o comunes para discutir la información de salud del paciente. Las áreas privadas están disponibles para la privacidad bajo petición.

Revocación del consentimiento

Usted puede revocar este consentimiento para el uso y divulgación de su Información Protegida de Salud. Debe revocar este consentimiento por escrito. Cualquier uso o divulgación que ya haya ocurrido antes de la fecha en que se reciba su revocación del consentimiento no se verá afectado.

Por mi firma abajo doy mi permiso para usar y revelar mi información de salud.

Firma individual autorizada por el paciente o legalmente

Fecha

Imprimir el nombre completo del paciente

Firma del testigo

Fecha