



Siskiyou Community Health Center

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Entiendo que el Siskiyou Community Health Center (en adelante "Esta práctica") utilizará y revelará **mi información médica**.

Entiendo que mi **información médica** puede incluir información tanto creada como recibida por Esta práctica, puede ser en forma de expedientes escritos o electrónicos o verbales y puede incluir información sobre mi historial médico, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas médicas y tipos similares de información relacionada con la salud.

Entiendo y acepto que Esta práctica puede **utilizar y divulgar** mi información médica para:

- Tomar decisiones sobre mi atención y tratamiento y planificar los mismos;
- Referir a, consultar con, coordinar con y administrar junto con otros proveedores de atención médica mi atención y tratamiento;
- Determinar mi elegibilidad para el plan médico o cobertura de seguro y enviar facturas, reclamos y otra información relacionada a las compañías de seguros u otros que pueden ser responsables de pagar una parte o toda mi atención médica; y
- Realizar varias funciones administrativas, de las clínicas y comerciales que respalden los esfuerzos de mi médico para proporcionarme, organizar y recibir reembolsos por la atención médica de calidad y a bajo costo.

También entiendo que tengo el derecho de recibir y revisar una descripción por escrito de cómo Esta práctica manejará mi información médica. Esta descripción por escrito se conoce como **Aviso de prácticas de privacidad** y describe los usos y las divulgaciones de la información médica y las prácticas de información que siguen los empleados, el personal y otro personal de oficina de Esta práctica y mis derechos en relación con mi información médica.

Entiendo que el Aviso de prácticas de privacidad puede ser revisado de vez en cuando y que tengo el derecho de recibir una copia de cualquier Aviso de prácticas de privacidad revisado. También entiendo que una copia o resumen de la versión más reciente de este Aviso de prácticas de privacidad vigentes se publicará en las áreas de recepción/espera.

Entiendo que tengo el derecho de pedir que no se utilice ni divulgue una parte o toda mi información médica en la manera descrita en el Aviso de prácticas de privacidad y entiendo que Esta práctica no está obligada por ley a aceptar dichas solicitudes.

Al firmar a continuación, acepto que he revisado y entiendo la información anterior y que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

Por: _____
(Firma del paciente)

Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

Fecha de nacimiento: _____

Por: _____
(Representante del paciente)

Fecha: _____

Descripción de la autoridad del representante: _____