



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**FAMILY HEALTH CARE, INC.**

**Noticia de Privacidad, Consentimiento y Aceptación del Paciente**

Yo entiendo que parte de la provisión de los servicios de salud que proveed Family Health Care, es de crear y mantener expedientes de salud y otra información describiendo además de otras cosas, la historia de mi salud, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnosis, tratamiento y cualquier plan de mi cuidado y tratamiento en el futuro.

Yo he recibió una Noticia de Privacidad que me da una descripción mas completa de los usos y revelación de cierta información de salud. Yo entiendo que tengo el derecho de revisar la Noticia antes de firmar este consentimiento. Yo entiendo que esta organización reserva el derecho de cambiar la Noticia y Practica y antes de llevar a cabo ese cambio le enviamos una copia de cualquier revisión a la dirección que yo proveed. Yo entiendo que tengo el derecho de negar el uso de mi información de salud para el propósito de un directorio. Yo entiendo que tengo el derecho de imponer restricciones a como la información de salud se puede usar, divulgar para dar tratamiento, pago de cuenta (o) cuidado de salud (acceso de calidad de mejoramiento, asegurador, tarifas, dirigir y manejar revisiones medicas, servicios legales y inspección, etc.); y no se requiere que la organización este de acuerdo con las restricciones.

En firmando esta forma, yo consejo el uso y revelación de mi información de salud protectiva para el propósito de tratamiento, pago y cuidado de salud. Yo tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, con la excepción de los consentimientos de revelación firmados.

**Este consentimiento lo firmo libremente y con el entendimiento que:**

1. Cualquier y todo mi expediente, por escrito, oral (o) formato electrónico, es confidencial y no se puede revelar por razones afuera de los tratamientos, pago, cuidado de salud sin mi permiso por escrito, con la excepción proveído por ley.
2. Una fotocopia (o) fax de este consentimiento es valido como el original.
3. Yo tengo el derecho de pedir que el uso de mi Información de Salud Protectiva cual el propósito de esta información es para revelar información de mis tratamientos, pagos y cuidado de salud sea restrictivo. También entiendo que la clínica y yo tenemos que estar de acuerdo de cualquier restricción que yo pida por escrito en el uso cualquier restricción por escrito en el usa y revelación de mi información de salud protectiva en el cual estuvimos de acuerdo.

(1) \_\_\_\_\_  
Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

(2) \_\_\_\_\_  
Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

(3) \_\_\_\_\_  
Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

(4) \_\_\_\_\_  
Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha