



## RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Entiendo que Ronald L Teed, M.D. (referido aquí como “Esta Clínica”) usará y divulgará **información médica** sobre mí.

Entiendo que mi **información médica** podría incluir tanto información creada como recibida por la clínica, podría ser en forma de historial escrito o por grabaciones electrónicas o palabras habladas, y podría incluir información sobre mi historia médica, condición médica, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, fórmulas médicas, y formas similares de información relacionadas con la salud.

Entiendo y concuerdo en que Esta Clínica podría **usar y divulgar** mi información médica para:

- Tomar decisiones relacionadas con y planear mi cuidado y tratamiento;
- Referirse a, consultar con, coordinar entre, y manejar mi cuidado y tratamiento, junto con otros proveedores de cuidado médico;
- Determinar mi elegibilidad para cobertura del plan de salud o seguro, y presentar cuentas, reclamaciones y otra información relacionada a las compañías de seguro u otros quienes podrían ser responsables de pagar parte o todo el cuidado médico; y
- Realizar varias funciones de oficina, administrativas y de negocios que apoyen los esfuerzos de mi médico de proveerme con, organizar y ser reembolsado por un cuidado médico de calidad y rentable.

También entiendo que tengo derecho de recibir y revisar una descripción por escrito de cómo Esta Clínica manejará la información médica sobre mí. Esta descripción escrita se conoce como un **Aviso sobre prácticas de privacidad** y describe los usos y la divulgación de información médica y las prácticas informáticas que siguen los empleados, plantilla y demás personal de oficina de Esta Clínica, y mis derechos referentes a mi información médica.

Entiendo que se puede revisar el *Aviso sobre prácticas de privacidad* de vez en cuando, y que tengo derecho a recibir una copia de cualquier *Aviso sobre prácticas de privacidad* revisado. También entiendo que habrá una copia o resumen de la última versión del *Aviso sobre prácticas de privacidad* de Esta Práctica fijada en el área de espera / recepción.

Entiendo que tengo derecho a pedir que no se use o divulgue parte o toda mi información médica de la manera descrita en el *Aviso sobre prácticas de privacidad*, y entiendo que la ley no exige que Esta Práctica acepte tales peticiones.

**Al firmar abajo, acepto que he leído y entiendo la información anterior y que he tenido acceso a una copia del *Aviso sobre prácticas de privacidad*.**

Por: _____ (Paciente)	Fecha: _____
--------------------------	--------------

-O-

Por: _____ (Representante del paciente)	Fecha: _____
Descripción de la Autoridad del Representante: _____	