



ACUSE DE RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO AL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Nombre del Tutor o Encargado: _____

Relación: _____

I. ACUSE DE RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD:

Con mi firma de constancia de que recibí, o se me hizo disponible, una copia de la Política de Privacidad de este centro radiológico y se me exhortó a leerla.

Firma del Paciente o Encargado: _____

II. CONSENTIMIENTO AL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD:

Entiendo que este centro radiológico crea y mantiene récords de salud en los que se podrían describir mi historial médico, síntomas, diagnósticos, resultados de procedimientos e información de tratamiento.

Entiendo que tengo derecho de leer la Política de Privacidad de este centro radiológico antes de decidir si firmo o no este documento. En esta política se provee una descripción detallada de los procedimientos radiológicos que se brindan y de las actividades que se podrían realizar.

Entiendo que me puedo negar a brindar este consentimiento, que puedo solicitar que el centro radiológico imponga restricciones al uso que le da a la información de salud que le he provisto, y que puedo revocar el consentimiento que he brindado en cualquier momento escribiendo una carta a la persona que aparece abajo. No obstante, entiendo que, de tomar alguna de estas acciones, el centro radiológico se puede negar a brindarme el tratamiento médico o puede exigirme que pague por el servicio sin usar mi plan médico. Entiendo también que la cancelación de este consentimiento no afecta las acciones que el centro radiológico haya tomado previo a dicha revocación.

Con mi firma, autorizo a este centro radiológico a usar y divulgar la información de salud que le he provisto para brindarme tratamiento médico, realizarme procedimientos radiológicos, brindarme primeros auxilios, comunicarse con los distintos profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado médico, realizar gestiones de pago y cobro, y hacer análisis para fines de control de calidad.

Firma del Paciente o Encargado: _____

Notas Generales:

Usted puede obtener una copia de nuestra Política de Privacidad, incluyendo sus revisiones, en cualquier momento, escribiendo a la siguiente persona: Lcda. Cindy Ginés, Oficial de Seguridad de HIPAA, Advanced Radiology Centers, PO Box 6468, Mayagüez PR 00681; o llamando al 787-832-3630 o enviando un fax al 787-832-3530.

Según indicamos en nuestra Política de Privacidad, nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad en cualquier momento y de aplicar dichos cambios a cualquier información de salud que podamos tener. Si nosotros cambiamos estas prácticas, una copia estará disponible en nuestras oficinas.

La frase “centro radiológico” usada en esta hoja se refiere al doctor Jesús A. Romero Pérez y a Advanced Radiology Centers, ARC quienes son beneficiarios de esta admisión, autorización y consentimiento.

Si no se pudieron obtener estas autorizaciones, favor de indicar la razón:

Paciente se negó.

Barrera de Comunicación.

Situación de Emergencia.

Otro: _____