

# Integrative Medical Center of New Mexico

## HIPPA Compliance Patient Consent Form

Nuestro aviso de prácticas de privacidad (en la segunda página) proporciona información acerca de cómo podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida.

Este aviso contiene una sección de los derechos del paciente describiendo los derechos bajo la ley del paciente. Usted asegura por su firma que ha repasado nuestro aviso antes de firmar el consentimiento. Los términos del aviso pueden cambiar, si así o fuera, usted será notificado en su siguiente visita para actualizar su firma y fecha.

Usted tiene el derecho a restringir como su información protegida es usada y divulgada para el tratamiento, pago u operaciones de salud. No es necesario que nosotros estemos de acuerdo con estas restricciones, pero si estamos de acuerdo, nosotros honramos este acuerdo. La ley de HIPPA (Portabilidad de Seguro Médico y Acto de Rendición de Cuentas de 1996) nos permite el uso de información para el tratamiento, pagos, y operaciones de salud.

Al firmar esta forma usted está de acuerdo en que nosotros usemos su información y divulguemos su información protegida potencialmente en una publicación anónima. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito y firmado por usted. Sin embargo su revocación no será retroactiva.

Al firmar esta forma, Yo entiendo que:

- Información protegida puede ser usada o divulgada para el uso de tratamiento, pago, y operaciones de salud.
- La práctica reserva el derecho a cambiar el aviso de privacidad como lo permite la ley.
- El paciente tiene el derecho de restringir el uso de la información pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con las restricciones.
- El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento y toda información dejara de ser divulgada.
- La práctica puede poner condiciones al recibir tratamiento al ejecutar este cometimiento.

Podemos llamar para confirmar citas? SI  NO

Podemos dejar mensajes en su correo de voz en su casa y celular? SI  NO

Podemos dejar mensajes en su trabajo? SI  NO

Podemos discutir su condición médica con sus parientes o familia? SI  NO

Si tenemos permiso de hablar con su familia o parientes favor de indicar con quien:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Este Consentimiento fue firmado por: \_\_\_\_\_

Favor de Escribir su nombre

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_