

Boca Pediatric Group
5458 Town Center Road #20
Boca Raton, FL 33486
561-391-6210

Consentimento para Fins de Tratamento, Pagamento e Serviço de Atenção Médica

Estou de acordo com o uso ou divulgação das minhas informações médicas protegidas com o fim de diagnóstico ou tratamento, obter o pagamento das minhas contas referentes ao atendimento médico ou realizar serviços de atendimento médico. Entendo que o diagnóstico ou tratamento da minha pessoa pode depender do meu consentimento, conforme evidenciado pela minha assinatura neste documento.

Entendo que tenho o direito a solicitar uma ordem de restrição sobre como minha informação médica protegida é utilizada ou divulgada para realizar tratamento, pagamento ou operações de atendimento médica na prática. A organização mencionada não é obrigada a aceitar as restrições que eu possa solicitar. No entanto, caso a organização aceite tal ordem, a restrição será vinculativa a ela.

Tenho o direito de revogar este consentimento por escrito a qualquer momento, exceto que a organização mencionada tenha tomado medidas com base neste consentimento.

Minha "informação médica protegida" significa informações de saúde, incluindo minha informação demográfica, coletada de mim e criada ou recebida pelo meu médico, outro profissional de cuidados de saúde, um plano de saúde, meu empregador ou um centro de compensação de serviços de saúde. Essas informações médicas protegidas estão relacionadas à minha saúde física ou mental do passado, presente ou futuro, e me identificam, ou há uma boa razão para acreditar que as informações podem me identificar.

Entendo que tenho o direito de revisar o Aviso de Práticas de Privacidade da organização mencionada antes de assinar esse documento. O Aviso de Práticas de Privacidade foi disponibilizado. O Aviso de Práticas de Privacidade descreve os tipos de usos e divulgações da minha informação médica protegida que ocorrerão no meu tratamento, pagamento das minhas contas ou nas operações de atendimento médico da organização mencionada. O Aviso de Práticas de Privacidade também é fornecido na organização mencionada e no site, se aplicável. Esse Aviso de Práticas de Privacidade também descreve meus direitos e os deveres da organização mencionada em relação à minha informação médica protegida.

A organização mencionada reserva-se o direito de alterar as práticas de privacidade descritas no Aviso de Práticas de Privacidade. Posso obter uma versão atualizada do aviso de práticas de privacidade ligando para o escritório e solicitando uma atualizada a ser enviada por correio ou solicitando uma na minha próxima consulta.

Firma do Paciente ou Pai/Tutor

Nome do Paciente (Impresso)

Nome do Paciente ou Pai/Tutor

Data

Vínculo ou Parentesco