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

Consentimiento para Fines de Tratamiento, Pago y Servicios de Atención Médica

Consiento el uso o divulgación de mi información médica protegida con el propósito de diagnosticar o brindar tratamiento, obtener el pago de mis facturas de atención médica o llevar a cabo servicios de atención médica. Entiendo que el diagnóstico o tratamiento de mi persona puede estar condicionado a mi consentimiento, como se evidencia por mi firma en este documento.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar una orden de restricción sobre cómo se utiliza o divulga mi información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica de la práctica. La organización mencionada no está obligada a aceptar las restricciones que pueda solicitar. Sin embargo, si la organización mencionada acepta dicha orden, la restricción será vinculante para la organización mencionada.

Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la organización mencionada haya tomado medidas basadas en este consentimiento.

Mi "información médica protegida" significa información de salud, incluida mi información demográfica, recopilada de mí y creada o recibida por mi médico, otro proveedor de atención médica, un plan de salud, mi empleador o un centro de compensación de servicios de salud. Esta información médica protegida se relaciona con mi salud física o mental pasada, presente o futura, y me identifica a mí, o existe unabuena razon para creer que la información puede identificarme.

Entiendo que tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de la organización mencionada antes de firmar este documento. El Aviso de Prácticas de Privacidad me ha sido proporcionado. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información médica protegida que ocurrirán en mi tratamiento, pago de mis facturas o en la realización de operaciones de atención médica de la organización mencionada. El Aviso de Prácticas de Privacidad también se proporciona en la organización mencionada y en el sitio web, si corresponde. Este Aviso de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y los deberes de la organización mencionada con respecto a mi información médica protegida.

La organización mencionada se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Puedo obtener una versión actualizada del aviso de prácticas de privacidad llamando a la oficina y solicitando que se envíe una copia actualizada por correo o pidiendo una en el momento de mi próxima cita.

_____ _____
Firma del Paciente o Padre/Tutor Nombre del Paciente (Impreso)

_____
Nombre del Paciente o Padre/Tutor

_____
Fecha

_____
Vinculo o Parentesco