

## RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE (POR FAVOR IMPRIMIR)

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE CUENTA

Entiendo que Salem Clinic usará y revelará información de salud acerca de mí. Entiendo que mi información de salud puede incluir información creada y recibida por la práctica, Puede ser en forma de registros escritos o electrónicos o en persona, Y puede incluir información sobre mi salud, historia, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas Y cosas similares con información relacionada con mi salud.

Entiendo y estoy de acuerdo en que Salem Clinic puede usar y revelar mi información de salud para:

- Para el propósito del papeleo del proveedor de la ley de licencia médica familiar (FMLA), si usted llegara a estar incapacitado, se le podrá dar información a miembros de familia sobre usted para ser liberada a su empleador.
- Tomar decisiones y planificar mi cuidado y tratamiento
- Referir a, consultar, coordinar y administrar junto con otros proveedores de atención médica para mi cuidado y tratamiento;
- Determinar mi elegibilidad para el plan de salud o cobertura de seguro, y enviar facturas, reclamos y otra información relacionada a las compañías de seguros o otras personas que puedan ser responsables de pagar por parte o todo mi cuidado de salud; y
- Realizar varias funciones de oficina, administrativas y de negocios que apoyan los esfuerzos de mi médico para proporcionarme, arreglar y ser reembolsado por cuidado de salud de calidad y costo-efectivo.

También entiendo que tengo el derecho de recibir y revisar una descripción escrita de cómo Salem Clinic manejará la información de salud sobre mí. Esta descripción escrita se conoce como Aviso de Prácticas de Privacidad y describe los usos y revelación de la información de salud hecha y las prácticas de información seguidas por los empleados, médicos y otro personal de Salem Clinic y mis derechos con respecto a mi información de salud.

Entiendo que la Notificación de Prácticas de Privacidad puede ser revisada de vez en cuando y que tengo derecho a recibir una copia de cualquier Notificación de Prácticas de Privacidad revisada. También entiendo que una copia de un resumen de la versión más reciente de la Notificación Prácticas de Privacidad de la Clínica de Salem en vigencia será publicada en el área de recepción y disponible en el sitio web en Salemclinic.org.

Entiendo que tengo el derecho de pedir que parte o toda la información de mi salud no sea usada o revelada de la manera descrita en la Notificación de Prácticas de Privacidad, y entiendo que la Clínica Salem no está obligada por ley a aceptar tales solicitudes.

**Al firmar, estoy de acuerdo en que he revisado y entendido la información anterior y que he recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad.**

Firma _____	Fecha _____
FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL	