



Two Institutes • One mission

### HIPAA Patient Consent Form

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

Nuestro aviso de practicas de privacidad proporciona información sobre como podemos usar y divulgar informacion de salud protegida sobre usted. El aviso contiene la Seccion de Derechos del Paciente que describe sus derechos según la ley. Tiene usted el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar el consentimiento. Los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia revisada contactando nuestra oficina.

Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos como se emite o divulga la información de salud protegida sobre usted para tratamiento, pago o operaciones de atención medica. No estamos obligados a aceptar esta restricción: sin embargo, si lo hacemos, respetaremos este acuerdo. Al firmar este formulario, usted consiente nuestro uso y divulgación de información de salud protegida sobre usted para tratamiento, pago y operaciones de atención medica. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, tal revocación no afectara ninguna divulgación de consentimiento previa, autorizada por usted. EVH proporciono este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) de 1996.

**Lo siguiente ha sido reconocido y entendido por el paciente y/o la parte responsable:**\*La información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago o operaciones de atención medica.

\*EVH tiene un aviso de practicas de privacidad disponible para que el paciente lo revise a solicitud del paciente.

\*EVH se reserva el derecho de cambiar el aviso de practicas de privacidad.

\*El paciente tiene el derecho a restringir el uso de la información de salud del paciente; sin embargo, EVH no esta obligado a aceptar esas restricciones.

\*El paciente puede revocar este consentimiento mediante una solicitud escrita y firmada en cualquier momento. Todas las divulgaciones cesaran en el momento en que se presente la revocación.

\_\_\_\_\_  
Responsible Party Name (Print)

\_\_\_\_\_  
Responsible Party Signature

\_\_\_\_\_  
Todays Date

**El paciente ha dado su consentimiento para la siguiente divulgación:**

Podemos contactarlo por: **teléfono?** \_\_si\_\_no **Correo Electronico?** \_\_si\_\_no **Texto** \_\_si\_\_no

Podemos dejar mensajes en el **Telefono Celular** \_\_si\_\_no **Telefono de Casa?** \_\_si\_\_no

Podemos discutir su informacion de salud con alguien que no sea usted? \_\_Si\_\_ No

Si responfdio si para que EVH discute su informacion de salud con alguien mas que no sea unted mismo, por favor ingrese la siguiente informacion para todas las partes a las que da su consentimiento para que EVH hable:

Nombre	RELACION AL PACIENTE	NUMERO DE TELEFONO

\_\_\_\_\_  
Nombre de la parte Responsable

\_\_\_\_\_  
Firma de la parte responsable

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre/ Titulo del Testigo EVH

\_\_\_\_\_  
Firma de l Testigo EVH

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha