



CONSENTIMIENTO

Doy mi consentimiento para que esta práctica/clínica use o divulgue mi información médica protegida para llevar a cabo mi tratamiento, para obtener pagos de las compañías de seguros y para operaciones de atención médica, como revisiones de calidad.

Se me ha informado que puedo revisar el Aviso de privacidad de la práctica/clínica (para obtener una descripción más completa de los usos y las discusiones) antes de firmar este consentimiento.

Entiendo que esta práctica/clínica tiene el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y que puedo obtener cualquier aviso revisado en la práctica/clínica.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar la restricción de cómo se usa mi información médica protegida. Sin embargo, también entiendo que la práctica/clínica no está obligada a aceptar la solicitud. Si el consultorio/clínica está de acuerdo con la restricción solicitada, deben seguir la(s) restricción(es).

También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, mediante una solicitud por escrito, a excepción de la información ya utilizada o divulgada.

MIS DERECHOS

- Entiendo que esta autorización es voluntaria, el tratamiento, el pago de la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden ser una condición para firmar esta autorización, excepto si la autorización ES PARA: los beneficios no pueden ser una condición para firmar esta autorización, excepto si la autorización ES PARA:
 - Obtenga información sobre la elegibilidad o la inscripción en un plan de salud.
 - Determinar la obligación de una entidad con respecto a una reclamación o,
 - Crear información de salud para proporcionarla a un tercero.
- Podré revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito y lo presente. La revocación entrará en vigor cuando Koorosh Kooros, MD/Digestive Health and Nutrition, Inc., ya haya confiado en él.
- Estoy autorizado a recibir una copia de esta autorización.

Firma: _____ Fecha: _____

Imprimir Nombre: _____ Relación con el paciente: _____