



**Women's Health
Center of Reno**
GYNECOLOGY | INFERTILITY | OBSTETRICS | UROGYNECOLOGY

Dr. Samuel Chacon, Médico

Charlene Knedgen, Enfermera certificada de práctica avanzada (APRN)

**CONSENTIMIENTO PARA USAR Y TRANSMITIR
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

Formas en que podemos usar y transmitir su información de salud.

La información protegida sobre su salud será usada por el Dr. Samuel Chacon o bien les será transmitida a otros con fines de tratamiento, de cobro o de sustentar las prácticas médicas cotidianas del centro de salud.

Notificación sobre prácticas de privacidad.

El Dr. Samuel Chacon tiene la obligación de entregarle un aviso en el que se describen las formas en que la información sobre su salud puede usarse y transmitirse. Asimismo, debemos comunicarle a usted cómo puede acceder a dicha información. Estas políticas y prácticas se definen en el folleto que lleva el título “**Notificación sobre políticas y prácticas de privacidad**”, que está a su disposición. Léalo detenidamente.

Usted puede pautar restricciones sobre el uso o la transmisión de la información sobre su salud.

Usted puede solicitar una restricción sobre el uso o la transmisión de su información protegida. No obstante, nuestra oficina puede acceder o no a su solicitud de restringir el uso o a dar curso a esta solicitud. Sírvase consultar con un representante del centro de salud o con el Responsable de Privacidad si desea mayor aclaración o información adicional.

Si el Dr. Samuel Chacon **acepta** su solicitud y no cumple con ella, tal incumplimiento es una violación a los estándares federales de privacidad. Las restricciones solicitadas no regirán sobre el uso y la transmisión de su información previos a la fecha de su solicitud. Si le quedan dudas luego de leer el folleto sobre la Notificación de Privacidad, sírvase consultar con un representante del centro de salud o con el Responsable de Privacidad en el lugar y vías de comunicación que se enumeran en la parte posterior del folleto.

Puede revocar este consentimiento en cualquier momento.

Puede revocar este consentimiento en cualquier momento; sin embargo, el Dr. Samuel Chacon requiere que lo haga por escrito. Si opta por revocar este consentimiento, la revocación no regirá sobre el uso y la transmisión de la información previos a la fecha de su solicitud.

Cambios a las prácticas de privacidad.

El Dr. Samuel Chacon se reserva el derecho a cambiar o modificar las prácticas de privacidad que se describen en el folleto de **Notificación de Privacidad**. El Dr. Samuel Chacon le notificará de cualquier cambio en las prácticas de privacidad, ya fuere por correo, en su siguiente consulta o mediante otro método previamente acordado que usted solicite.

Firma.

He leído este formulario de consentimiento, he recibido el folleto que lleva el título **“Notificación de políticas y prácticas de privacidad”** y le otorgo mi permiso al Dr. Samuel Chacon para que use y transmita la información sobre mi salud de acuerdo con este consentimiento y con la notificación provista.

Comprendo que se me ofreció la opción de recibir una copia de las Prácticas de Privacidad y que he renunciado a dicha opción. Esta información está a la vista en el área de espera del centro de salud y puede encontrarse en el sitio web.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre del tutor si el paciente es menor de edad: _____ **Relación con el paciente:** _____

Firma del tutor: _____ **Fecha:** _____