



# 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:** \_\_\_\_\_