

**Aviso de Prácticas de Privacidad y Consentimiento del Paciente para el Uso y Divulgación de Información Médica Protegida**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del paciente** **Fecha**

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos Derechos del Paciente con respecto a mi información de salud protegida.

Entiendo que Atlanta West Dermatology and Surgery Center, PC puede usar o divulgar mi información médica protegida para ***tratamiento, pago o operaciones de atención médica (TPO),*** lo que significa brindarme atención médica a mí, el paciente: manejar la facturación y el pago: y cuidar otras operaciones de atención médica. A menos que lo exija la ley, no habrá otros usos y divulgaciones de esta información sin mi autorización.

Atlanta West Dermatology and Surgery Center, PC tiene un documento detallado llamado "Aviso de prácticas de privacidad". Contiene una descripción más completa de sus derechos a la privacidad y cómo podemos usar y divulgar información médica protegida.

Entiendo que tengo derecho a leer el "Aviso" antes de firmar este acuerdo. Si lo solicito, Atlanta West Dermatology and Surgery Center, PC me proporcionará el "Aviso de Prácticas de Privacidad" más reciente

Mi firma a continuación indica que se me ha dado la oportunidad de revisar dicha copia del "Aviso de prácticas de privacidad". Mi firma significa que acepto permitir que Atlanta West Dermatology and Surgery Center, PC use y divulgue mi información de salud protegida para llevar a cabo ***TPO.***  Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que Atlanta West Dermatology and Surgery Center, PC haya actuado confiando en este consentimiento.

**DO WE HAVE YOUR PERMISSION TO: SÍ NO**

*¿Dejar un mensaje en casa/teléfono celular? ⃝ ⃝*

*¿Dejar un mensaje en tu correo de voz en el trabajo? ⃝ ⃝*

*¿Conversar su atención médica o cuenta con cualquier persona que no sea usted? ⃝ ⃝*

*En caso que si, con quién*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma Fecha**

**Paciente o Custodio Legal/Representante Autorizado**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Relación con el Paciente**

Puede obtener una copia de nuestro "Aviso de Prácticas de Privacidad", incluidas las revisiones de nuestro "Aviso" en cualquier momento poniéndose en contacto con Atlanta West Dermatology and Surgery Center, PC. También puede obtener una copia visitando nuestro sitio web, www.atlantawestdermatology.com