



Consentimiento para tratamiento y atención médica

Al paciente: como paciente, usted tiene el derecho de ser informado sobre su condición y el procedimiento médico, quirúrgico o diagnóstico que se le recomienda para que pueda tomar una decisión informada sobre si desea o no someterse a cualquier tratamiento o procedimiento, conociendo los riesgos y peligros involucrados. En este punto de su atención médica, no se ha recomendado un plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo por obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento apropiado y el procedimiento para cualquier condición identificada.

Este consentimiento nos brinda su permiso para realizar exámenes médicos razonables y necesarios, pruebas y tratamientos. Al firmar este documento, usted indica que: (1) pretende que este consentimiento sea continuo en su naturaleza, incluso después de que se haya especificado un diagnóstico y recomendado un tratamiento, y (2) consiente en este tratamiento en esta oficina o en cualquier oficina satélite de propiedad común. El consentimiento permanecerá en vigor hasta que sea revocado por escrito. Tiene derecho a discontinuar los servicios en cualquier momento.

Tiene derecho a discutir el plan de tratamiento con su médico acerca de su propósito, los riesgos potenciales y desventajas de cualquier prueba que se le indique. Si tiene alguna duda con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, lo invitamos a hacer preguntas.

Solicito voluntariamente a un médico o a un proveedor intermedio (enfermera registrada, asistente médico o enfermera clínica especialista), y a otros proveedores de atención médica designados, que realicen exámenes médicos razonables y necesarios, pruebas y tratamientos para la condición que me ha hecho buscar atención médica. Entiendo que, si se recomiendan exámenes adicionales o procedimientos invasivos, se me pedirá leer y firmar formularios adicionales de consentimiento antes de las pruebas o procedimientos.

Certifico que he leído y comprendido completamente las declaraciones mencionadas anteriormente y doy mi consentimiento total y voluntario a su contenido.

Nombre del paciente (LETRA DE IMPRENTA): _____

FIRMA: _____

Fecha: _____

En caso de ser representante personal, por favor escriba su nombre en letra de imprenta:

Relación con el paciente (LETRA DE IMPRENTA): _____



FIRMA del Testigo: _____

Fecha: _____

Consentimiento para tomar y publicar fotografías

Con este documento, yo doy mi consentimiento a Palm Medical Centers y/o su personal para que tomen y/o exhiban fotografías de mi rostro y mi sonrisa.

Las fotografías serán utilizadas por Palm Medical Centers como medio de identificación, y pueden ser exhibidas en nuestras oficinas y/o en los Registros Médicos Electrónicos. Mi información personal, como nombre, edad y fecha de nacimiento, será protegida por los médicos y el personal de la oficina. Nombre del paciente (LETRA DE IMPRENTA): _____

FIRMA: _____

Fecha: _____

Nombre del paciente o representante personal (LETRA DE IMPRENTA): Relación con el paciente (LETRA DE IMPRENTA): _____

FIRMA del testigo: _____

Fecha: _____

Aviso sobre Normas de Privacidad

Fecha de vigencia: 6 de noviembre de 2018

Este aviso explica cómo Palm Medical Centers cumple con nuestro compromiso de respetar la privacidad y confidencialidad de su información médica (PHI) y cómo podemos utilizarla y divulgarla. Este aviso también le informa sobre sus derechos en virtud de las leyes federales y estatales. Este aviso aplica a todos los registros que mantiene Palm Medical Centers, sin importar si estos están por escrito, electrónicos o de cualquier otra forma. La ley nos exige proporcionarle a usted este aviso y mantener la confidencialidad y privacidad de su información



médica. Se requiere que todos los proveedores de atención médica, empleados y socios comerciales de Palm Medical Centers sigan las prácticas de privacidad requeridas por ley y descritas en este aviso.

Información médica confidencial (PHI) se refiere a:

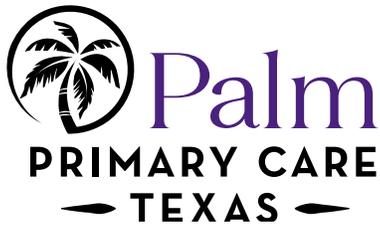
- Información acerca de su salud, tal como condiciones médicas y resultados de exámenes diagnósticos.
- Información acerca de los servicios de salud y tratamiento médico que haya recibido o pudiera recibir.
- Información acerca de los beneficios bajo la cubierta de un plan de seguro.
- Información geográfica de dónde vive o trabaja.
- Información demográfica de su raza, género, origen étnico o estado civil.
- Identificadores exclusivos tales como su número de seguridad social, fecha de nacimiento, número telefónico, dirección o su número de licencia de conducir.
- Fotografías del rostro completo.

Podemos usar y divulgar su información médica confidencial para:

Su tratamiento médico: Podemos utilizar o divulgar información médica confidencial para proporcionar, coordinar o gestionar su tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar su información a médicos, enfermeras, técnicos u otro personal involucrado en su atención médica. Con su consentimiento por escrito, podemos divulgar su información a individuos o entidades fuera de Palm Medical Centers que estén involucrados con el seguimiento de su tratamiento médico después de no estar bajo nuestro cuidado, como por ejemplo otros proveedores de atención médica, atención médica a domicilio y empresas de transporte.

Pagos: Podemos compartir su información médica confidencial con su compañía de seguros o con terceros para recibir pagos por los servicios que le proporcionamos. También podríamos compartir su información con otros médicos, establecimientos o proveedores de servicios, como empresas de ambulancias o subcontratistas dentro de nuestros establecimientos, que lo hayan atendido o le hayan ofrecido servicios para que le puedan facturar a usted, a su compañía de seguros o a terceros. Además, las empresas de seguros y otros terceros pueden requerir que les demos su número de seguro social y su fecha de nacimiento para fines de verificación y pago.

Operaciones de atención médica: Podemos utilizar su información médica confidencial para respaldar nuestras normas comerciales y mejorar la calidad de su atención. Por ejemplo, podemos usar su información médica confidencial para revisar el tratamiento y servicios que le ofrecimos y para conocer cómo lo atendió nuestro personal. Podemos compartir su información con nuestro personal para fines de revisión y capacitación.



Recordatorios de citas: Podemos usar y compartir su información médica confidencial para comunicarnos con usted y recordarle sus citas de tratamiento o atención médica. Por ejemplo, si su médico lo cita para un procedimiento médico, la entidad donde se realizará el examen puede llamarle para programar o recordarle su cita.

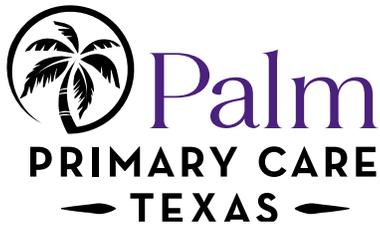
Asociados comerciales: Podemos compartir su información médica confidencial con nuestros asociados comerciales, tales como empresas de facturación o servicios de transcripción médica. Por ley, se requiere que los asociados comerciales también protejan su información médica confidencial.

Opciones de tratamiento y otros servicios relacionados con la salud: Podemos utilizar su información para comunicarnos con usted con relación a las opciones de tratamiento y otros servicios relacionados con la atención y servicios médicos que brinda Palm Medical Centers, y que pueden ser deseables o de interés para usted. No utilizaremos su información para comprometerlo en actividades de marketing (otras que comunicaciones personales) sin su autorización escrita.

Personas involucradas en su atención médica o en el pago de esta: A menos que usted se oponga, podemos divulgar su información médica confidencial a los miembros de su familia u otros involucrados en su atención médica o pago de sus facturas médicas. Los padres y los tutores legales son generalmente representantes autorizados para los menores, a menos que ellos tengan permitido por ley actuar en su propia representación y tomar sus propias decisiones médicas en ciertas circunstancias. Debemos avisarle por escrito si no quiere que se divulgue información acerca de usted a aquellos involucrados en su cuidado.

Actividades de asistencia en casos de desastres: Podemos divulgar su información médica confidencial a organizaciones de ayuda en caso de desastres para que su familia o personas importantes para usted puedan ser notificadas acerca de su condición, estado y ubicación.

Investigación: Los investigadores pueden comunicarse con usted con relación a su interés en participar en estudios de investigación después de recibir su autorización o la aprobación de una Junta Especial Hamada Junta Institucional de Revisión (IRB). La IRB es un comité especializado que protege los derechos y el bienestar de los participantes en estudios de investigación. La inscripción en la mayoría de los estudios solo puede darse después de que se le haya informado acerca del estudio, haya tenido oportunidad de hacer preguntas e indicar su disposición para participar, firmando una autorización o un formulario de consentimiento que haya sido revisado y aprobado por una IRB u otra junta de investigación especial. En algunas instancias, la ley federal nos permite utilizar su información médica confidencial para investigaciones sin su autorización, siempre y cuando obtengamos la aprobación de una IRB u otra junta especial de revisión. Estos estudios no afectarán su tratamiento o decisiones, y su información médica continuará siendo confidencial.



Procedimientos legales, demandas y otras acciones legales: Podemos compartir su información médica confidencial con jueces, abogados y empleados de jueces cuando recibamos una orden de la corte, citaciones, petición de investigaciones, orden de aprehensión o de comparecencia y cuando la ley lo requiera, durante ciertos otros procedimientos legales y administrativos.

Aplicación de la ley: Podemos divulgar su información médica confidencial cuando la ley lo autorice o lo requiera, en respuesta a una orden de citación judicial:

Para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida en investigaciones penales: Para proteger a víctimas de abuso, negligencia y violencia doméstica.

Con respecto a un fallecimiento que se sospeche es resultado de una conducta delictiva: Para prevenir una amenaza grave de salud o seguridad.

Si es un recluso de un instituto correccional o bajo la custodia de un oficial del orden público, podemos divulgar su información médica confidencial al instituto correccional o al oficial del orden público.

Compensación de trabajadores: Podemos compartir su información médica confidencial con el programa de compensación de trabajadores o programas similares que brindan descuentos por daños o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Funciones especiales del gobierno: Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos compartir su información médica confidencial con las autoridades militares para que ellos puedan cumplir con sus obligaciones en virtud de la ley. También podemos divulgar su información si está relacionada con funciones de inteligencia y seguridad nacional.

Agencias reguladoras: Podemos divulgar su información médica confidencial a las autoridades gubernamentales locales, estatales o federales responsables por la supervisión de asuntos médicos como lo autoriza la ley. Esto incluye licencias, auditorías, entidades acreditadoras y agencias que administran programas médicos públicos como Medicare y Medicaid.



Forenses, examinadores médicos y directores funerarios: Podemos divulgar su información médica confidencial a un forense o examinador médico si es necesario para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de muerte.

Donación de Órganos: Si es un donante de órganos, podemos divulgar su información médica confidencial a organizaciones encargadas de trasplantes de órganos, ojos o tejidos, incluyendo bancos de donación.

Riesgos de Salud Pública: Como lo requiere la ley, podemos divulgar su información médica confidencial a las autoridades de salud pública en relación con: la prevención y control de enfermedades, lesiones o incapacidades; información sobre eventos importantes como nacimientos y defunciones; abuso infantil o negligencia; informes de violencia doméstica; reacciones a medicamentos o problemas con productos médicos; notificación a los pacientes sobre la retirada de productos; reparaciones o sustituciones de productos médicos; notificación a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o en riesgo de contraer o propagar una enfermedad, y notificación a su empleador sobre hallazgos relacionados con enfermedades o lesiones laborales para que el lugar de trabajo pueda ser supervisado por razones de seguridad.

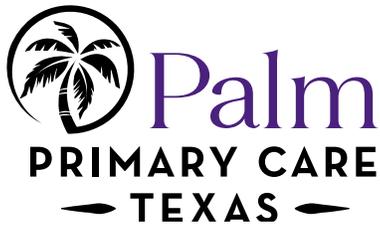
Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida que no estén mencionados en este aviso, o que la ley no permita, se harán solo con su autorización escrita.

Obtendremos su autorización para la mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia. Si nos da una autorización para usar o divulgar su información médica confidencial, puede revocarla en cualquier momento por escrito. Tenga en cuenta que no podemos retirar ninguna revelación hecha con su autorización previa.

Derechos sobre su información médica confidencial: A menos que la ley lo establezca de otra manera, su registro médico de salud es propiedad física de Palm Medical Centers o del establecimiento que lo recopiló. Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica confidencial:

Derecho a recibir una copia de esta notificación: Se le proporcionará una copia impresa de esta notificación al momento de brindarle servicios por primera vez. También puede solicitar una copia en cualquier momento. Reservamos el derecho de cambiar o actualizar nuestras normas con respecto a la información médica confidencial que mantenemos. Si cambian nuestras normas, se le proporcionará una nueva notificación.

Derecho a solicitar y ver u obtener una copia de sus registros e información médica confidencial: Tiene derecho a solicitar y ver o copiar la información médica confidencial que utilizamos para tomar decisiones acerca



de su cuidado. Debe hacer su solicitud por escrito. Podemos negar el acceso bajo ciertas circunstancias. Si le negamos el acceso, le proporcionaremos una explicación por escrito sobre nuestra decisión. Si le negamos el acceso en parte o en su totalidad, puede solicitar una revisión de la negación.

Derecho a solicitar modificaciones o anexos: Si considera que su información médica confidencial es incorrecta o incompleta, puede solicitar que la modifiquemos. Debe enviar una solicitud por escrito con documentación que la respalde. Además, podemos negar su solicitud si nos pide modificar información que:

- No haya sido creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que la creó no esté disponible para hacer la modificación
- No sea parte de la información médica confidencial recopilada por o para Palm Medical Centers
- Determinemos que la información es precisa y completa.
- Si le negamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito de por qué no hicimos la modificación. La documentación relacionada con su solicitud, así como su desacuerdo con nuestra decisión, se agregará a su expediente médico.

Derecho a solicitar información divulgada: Usted tiene derecho a solicitar una lista de las personas o entidades que han recibido su información médica confidencial de Palm Medical Centers. Deberá solicitarlo por escrito incluyendo las fechas de las divulgaciones solicitadas.

Esta lista no incluirá las divulgaciones hechas para: Usted y las partes a las que autorizó a recibir su información médica confidencial.

Proporcionar o coordinar su cuidado, tratamiento, pagos o asuntos médicos: Eventos relacionados con el uso o divulgación permitidos por la ley, como agencias gubernamentales y reguladoras, seguridad nacional o servicios de inteligencia, instituciones correccionales u oficiales del orden público.

Derecho a revocar ciertas autorizaciones o solicitar restricciones: Usted tiene derecho a revocar cualquier autorización previa o a solicitar restricciones o limitaciones en su información médica confidencial. Consideraremos su solicitud, pero no estamos obligados a aceptarla. También tiene derecho a solicitar que limitemos la información médica confidencial que podamos compartir con alguien a quien haya autorizado previamente para recibir información relacionada con su atención médica o el pago de esta. Su solicitud para cualquier restricción o revocación debe hacerse por escrito.



Derecho a Comunicaciones Confidenciales: Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de cuestiones médicas de manera confidencial, según su preferencia. Por ejemplo, puede pedir que lo contactemos solo en su hogar, en su teléfono personal o comercial, correo electrónico o correo normal. Debe hacer su solicitud por escrito y no necesita ofrecer una razón para su solicitud. Cumpliremos con todas las solicitudes razonables. Sin embargo, si no podemos comunicarnos con usted utilizando los medios que solicitó, podríamos hacerlo a través de otra información que nos haya proporcionado.

Derecho a Recibir una Notificación por Brechas de Seguridad: Tiene derecho a recibir un aviso en caso de brechas de seguridad relacionadas con su información médica confidencial por parte de Palm Medical Centers o sus socios comerciales. Se le informará lo antes posible, pero antes de 60 días desde el descubrimiento del incumplimiento. El aviso incluirá la fecha en que se descubrió la brecha, una descripción del tipo de información involucrada, los pasos que estamos tomando para investigar y mitigar la situación, y la información de contacto para que usted pueda obtener más información.

Derecho a Presentar una Queja Relacionada con la Privacidad: Si cree que sus derechos de privacidad no se han protegido como lo ordena la ley federal y/o estatal, o como se explica en este aviso, puede presentarnos una queja por escrito. También puede presentar una queja con el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. La queja debe estar por escrito, describir la razón de la queja y el o los individuos o la organización que usted cree que violaron su privacidad. No se tomarán represalias ni se le negará ningún servicio médico si presenta una queja. La información de contacto tanto para Palm Medical Centers como para el Departamento de Cumplimiento y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos es la siguiente:

Palm Medical Centers
Oficial de Cumplimiento
2600 Douglas Road, Suite 308,
Coral Gables, Florida 33134
Teléfono: (800) 996-0098

**Departamento de Salud
y Servicios Humanos de
los Estados Unidos**
Oficina de la secretaria



200 Independence Avenue,
SW Washington, DC 2020J
Teléfono: (202) 619-0257 Llamada sin costo: (1)-696-6775
www.usa.go

Firma y aprobación de la notificación de las políticas de privacidad

Por el presente reconozco que he leído, entendido y recibido una copia de la notificación de las políticas de privacidad de Palm Medical Centers.

Nombre del paciente (EN LETRA DE IMPRENTA): Fecha de nacimiento del paciente:

Firma del Paciente

Fecha

Soy tutor legal o representante autorizado de _____ (nombre del paciente). Por el presente documento acepto que he leído, entendido y recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de Palm Medical Centers.

Firma del paciente/ tutor legal o representante autorizado (EN LETRA DE IMPRENTA):

Relación con el paciente: _____

Firma del Paciente

Fecha



Nombre Apellido

Gracias por elegir Palm Medical Centers como su proveedor de atención médica. Nos sentimos honrados por su elección y estamos comprometidos a proporcionarle la atención médica de la más alta calidad. Le pedimos que lea y firme este formulario para confirmar que comprende nuestras políticas financieras para pacientes como un elemento esencial de su atención médica y tratamiento.

RESPONSABILIDADES FINANCIERAS DEL PACIENTE:

Entiendo que es mi responsabilidad conocer los términos de mi seguro médico y, en cumplimiento de esos términos, acepto lo siguiente:

- Entiendo que como receptor de atención médica, soy en última instancia responsable del pago de mi tratamiento médico y cuidado.
- Entiendo que soy responsable del pago de copagos, coaseguros, deducibles y todos los demás procedimientos o tratamientos no cubiertos por mi plan de seguro. Acepto pagar los copagos y deducibles en el momento del servicio.
- Si no tengo seguro médico, Palm Medical Centers proporcionará una lista de precios para pacientes que pagan de manera privada. Entiendo que el pago completo debe hacerse en el momento del servicio, excepto si se acuerda lo contrario o es obligatorio por ley.
- Entiendo que si tengo un seguro de alto deducible o coaseguro, acepto pagar una estimación de cargos en la cantidad de \$ 30.00 por mi visita a la oficina por adelantado y entiendo que pueden aplicarse otros cargos. Acepto pagar mis saldos pendientes a medida que se vayan venciendo.
- Entiendo que debo proporcionar a Palm Medical Centers información de facturación completa y precisa, que incluye, entre otros, una tarjeta de seguro médico vigente, un número de autorización y/o formularios de referencia para cada visita y/o procedimiento.
- Soy responsable de todas las visitas y procedimientos no autorizados correctamente o cualquier cargo incurrido si la información de seguro proporcionada a Palm Medical Centers no es actual o válida.
- Al firmar a continuación, autorizo a Palm Medical Centers a divulgar información médica y otra información adquirida durante mi examen y/o otro tratamiento, lo que incluye mi información de salud protegida (PHI), a mi plan de salud y/o a otros proveedores de atención médica, médicos y/o entidades requeridas para participar en mi atención médica.



Asignación De Beneficios

- Por medio de la presente autorizo la asignación de mis beneficios de seguro directamente a Palm Medical Centers. Cualquier beneficio del seguro recibido por Palm Medical Centers será acreditado a mi cuenta de acuerdo con la asignación de mi compañía de seguros. Cualquier cargo no pagado es mi responsabilidad.
- Autorizo la divulgación de cualquier información o documento a todas las partes relacionadas con la obtención de mis beneficios de seguro para reclamos presentados en mi nombre y / o en nombre de mis dependientes. Además, expresamente acepto y reconozco que mi firma en este documento autoriza a mi médico y a todas las partes legalmente autorizadas a presentar reclamos para obtener beneficios por los servicios prestados, sin obtener mi firma en cada reclamo que se presente en mi nombre y / o en nombre de mis dependientes, y que estaré obligado por esta firma como si el firmante hubiera firmado personalmente el reclamo en cuestión.

Los saldos pendientes de los pacientes deben pagarse inmediatamente y no están sujetos a la recepción de una declaración. Las compañías de seguros proporcionan una Explicación de Beneficios que detalla los pagos y los saldos pendientes del paciente. Para su comodidad, aceptamos Visa, MasterCard, Discover, American Express, giros postales, cheques y efectivo. Hay un cargo por servicio de \$25.00 por cheques devueltos.

Las cuentas sin actividad durante 60 días pueden ser remitidas para una acción de cobro adicional. Si incumplo y mi cuenta se remite a una agencia de cobros o a un abogado, seré responsable de todos los costos de la recuperación de los fondos adeudados, incluyendo intereses, costos judiciales, de cobros, de la agencia de cobros y de los honorarios del abogado. Todos los honorarios de cobro anticipados incurridos por la práctica se incluirán en mi factura final.

HE LEÍDO Y ENTENDIDO LA POLÍTICA FINANCIERA DE PALM MEDICAL CENTERS Y ACEPTO LOS TÉRMINOS INDICADOS EN LA POLÍTICA.

Nombre impreso del Paciente / Padre o
Tutor Legal o Representante Autorizado

Firma del Paciente / Padre o Tutor Legal
o Representante Autorizado

Fecha

Si es un Tutor Legal o Representante Autorizado,
indique la relación con el paciente:

(El Tutor Legal o Representante Autorizado debe proporcionar documentación de tal estado).



Nombre del Testigo Impreso

Título del Empleado

Firma del Testigo

Fecha

Patient Authorization for Disclosure of Protected Health Information

Nombre del paciente:			Fecha de nacimiento:		
Dirección:		Ciudad:	Estado:	CP:	
Dirección de correo electrónico:			Teléfono:		
Solicito que mi información de salud protegida (PH I) de					
Phone:		Fax:	sea divulgada a		
Nombre del destinatario:					
Dirección:		Ciudad:	Estado:	CP:	
Dirección de correo electrónico:			Teléfono:	Fax:	

Autorizo la siguiente Información Médica Protegida (PHI) a ser liberada de mi(s) registro(s) médico(s): Todos los registros, incluyendo los hospitalarios, informes de patología, resultados de pruebas (laboratorio, radiología, ECG, mamografía, etc.), notas de consulta(s), planes de tratamiento, informes de inmunización, evaluaciones psicológicas y psiquiátricas. Otro(s).

Entiendo que la información en mi registro de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual (ETS), síndrome de inmunodeficiencia adquirida o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o de comportamiento, tratamiento de alcohol, drogas o abuso sexual.

Las leyes estatales y federales protegen esta información, según se define en HIPAA en el estatuto 45 CFR 164.501. Si esta información se aplica a usted, indique si desea que se divulgue o se obtenga (incluya las fechas correspondientes):

Abuso de alcohol, drogas o sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fechas:	
Pruebas y resultados de VIH/Sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fechas:	



Salud Mental (Psiquiátrica y Psicológica)	Sí	No	Fechas:	
Registros de psicoterapia	Sí	No	Fechas:	

Cubriendo el periodo de atención médica: Fecha(s) específica(s):

Desde _____ hasta _____ o todos los encuentros/visitas pasadas, presentes y futuras:

Función de la solicitud de información:

- Seguro
- Legal
- Personal continuación de la atención/ Otro:

Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:

- Las solicitudes de copias de registros médicos están sujetas a tarifas de reproducción de acuerdo con las leyes y regulaciones federales y estatales. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y presentarse o enviarse por correo al Departamento de Administración de Información de Salud a la siguiente dirección: 2600 S. Douglas Road, Suite 308, Coral Gables, 33134.
- La revocación no se aplicará a la información que haya sido divulgada en respuesta a esta autorización, a menos que se revoque lo contrario. Cada autorización expirará un año después de la fecha de firma.
- Entiendo que estos registros están clasificados como confidenciales y no pueden ser divulgados a mí o a los designados por mí o mi tutor legal sin un consentimiento expreso e informado.
- Además, entiendo que estos registros no se divulgarán a entidades que no sean las designadas por mí o mi representante personal, según lo dispuesto por las leyes federales y estatales.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha



Escriba su nombre

Autorización del Paciente para la divulgación de información médica protegida Re., 05.10