

# Usos y Revelaciones de Su Información Médica Protegida

## Uses and Disclosures of Your Protected Health Information (PHI)

Entiendo que como parte de mi atención médica, la práctica médica origina y mantiene historiales impresos y/o electrónicos que describen mi historia clínica, síntomas, exámenes, resultados de las pruebas, diagnósticos, tratamiento y planes de atención o tratamiento (si los hubiere) para el futuro. Entiendo que esta información sirve como:

- Base de la planificación de mi atención y tratamiento.
- Medio de comunicación entre los profesionales de la salud que contribuyen a mi atención, como las referencias médicas.
- Fuente de información para aplicar los datos de mi diagnóstico y tratamiento a mi factura.
- Un medio que permite a un pagador externo verificar que los servicios facturados se hayan prestado en realidad.
- Una herramienta para las operaciones rutinarias de atención de la salud, como evaluar la calidad y revisar la competencia del personal.

Me han entregado el “Aviso de Prácticas de Privacidad del Paciente” que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de la información.

Indíquenos con quiénes podemos hablar de su información médica protegida: (Nombre y parentesco; por ejemplo: Jane Doe, esposa; Jan Doe, hija) \_\_\_\_\_

### Mensajes o Recordatorios de Citas

Los mensajes no tendrán carácter confidencial, sino que serán, por ejemplo, recordatorios de citas.

¿Podemos dejar un mensaje en su buzón de voz en el que usemos el nombre de su médico o consultorio?  Sí  No

¿Podemos dejar un mensaje con otra persona en el que usemos el nombre de su médico o consultorio?  Sí  No

¿Podemos dejar un mensaje en su trabajo en el que usemos el nombre de su médico o consultorio?  Sí  No

Entiendo que como parte del tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud, es posible que sea necesario revelar información médica a otra entidad, por ejemplo, referencias a otros proveedores de servicios de salud. Entiendo que mi información puede ser usada o revelada, sin autorización, según lo permita o exija la ley.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta de la persona que firma

Si no es el paciente (nombre del paciente) \_\_\_\_\_

el firmante, ¿es usted el tutor legal, custodio o tiene poder de representación legal de este paciente para tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud?  Sí  No