



Privacidad Consentimiento-Para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida

Este consentimiento es requerido por la Health Insurance Portability y Accountability Act de 1996 (HIPAA) para informarle de sus derechos de privacidad con respecto a su información de salud.

**Yo doy mi consentimiento para BMX Imaging Center para utilizar y revelar mi información protegida de salud para los propósitos de tratamiento, pago y operaciones de mi salud y esta práctica.**

**El consentimiento para el tratamiento:** With mi firma, autorizo a Centro de la imagen de BMX, sus afiliados y cualquier empleado que trabaja bajo la dirección del médico para proporcionar tratamiento, con el fin de evaluar mi salud y diagnóstico de condición médica.

**El consentimiento para el pago y las operaciones:** yo también autorizo a esta práctica a proporcionar mi información de salud necesaria para obtener el pago de mis servicios de salud. Esto puede incluir ciertas actividades que mi plan de seguro puede llevar a cabo antes de que aprueba o paga por servicios de salud centro de la imagen BMX recomienda, tales como: hacer determinación de elegibilidad o cobertura de beneficios del seguro, revisión de servicios prestados a mi necesidad médica y empresa utilización revisan actividades. Además autorizo el uso para cualquier tipo de necesidad operativa práctica identificados en el aviso de privacidad práctica. Esta versión puede incluir información sobre el uso/abuso de drogas, uso/abuso de alcohol, problemas de salud mental o preocupaciones, SIDA o VIH condición pertinente a mi atención médica. Entiendo que estos registros están protegidos por el código de Federal Reglamento título 43 parte 2 (42 CFR parte 2) que prohíbe el destinatario de estos registros haciendo cualquier divulgaron más a terceros sin el consentimiento escrito del paciente.

**Consentimiento relacionadas con el aviso de privacidad:** He tenido oportunidad de revisar la privacidad de la práctica Tenga en cuenta como parte de este proceso de registro. Entiendo los términos de la notificación de privacidad pueden cambiar y puedo obtener estos avisos revisados por ponerse en contacto con la práctica oficial de privacidad por teléfono o por escrito. Entiendo que tengo derecho a solicitar cómo mi información de salud protegida (PHI) ha sido revelada. También tengo el derecho de limitar cómo esta información es divulgada, pero esta práctica no está obligada a aceptar mis limitaciones. Si acepta mi restricciones sobre el uso PHI, es obligado por ese acuerdo.

Nombre del paciente impreso \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Tutor nombre impreso (si corresponde): \_\_\_\_\_

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Si no paciente, relación: \_\_\_\_\_

Paciente no puede firmar debido a: \_\_\_\_\_ la negativa a firmar fecha: \_\_\_\_\_

Revisado CD 22/02/11