



Forma de Consentimiento, Divulgación y Autorización

Nombre de Paciente: _____ # de Archivo Medico: _____
Dirección: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Como usado en este formulario, las palabras “Yo”, “mío” y referencias similares significa el paciente cual nombre aparece arriba, o padre, tutor legal u otra persona responsable legalmente en nombre del paciente menor de edad o incapacitado nombrado arriba.

Consentimiento General por Examinación de Tratamiento

Yo por lo presente doy consentimiento y autorización a Advocare y todos sus médicos y personal médico auxiliar de Advocare, de hacer exámenes médicos y proveer cuidado médico de rutina por todas mis visitas a Advocare. Esto puede incluir diagnósticos de rutina y procedimientos de laboratorio y pruebas, administración de medicamentos, y otro cuidado de rutina por cual un formulario de consentimiento específico no será firmado por mí. Este consentimiento incluye consentimiento y autorización para fotografías o tomar otras imágenes de mi y/o partes de mi cuerpo para propósitos de identificación, diagnóstico, tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud de Advocare. Cualquier fotografía u otras imágenes tomadas serán parte de mi archivo médico. Advocare no usará dichas fotografías o imagen para otro propósito sin consentimiento específico por escrito. Yo entiendo que ciertos procedimientos requieren consentimiento informado, y que Advocare me proporcionará información y formas antes de dicho procedimiento.

Reconocimiento de Recibir Aviso de Prácticas de Privacidad

Yo he leído y entendido el LRPSM Aviso de Prácticas de Privacidad de Advocare, cual contiene información en los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida (“ISP”). Yo entiendo que Advocare tiene en derecho de cambiar su LRPSM Aviso de Prácticas de Privacidad de tiempo a tiempo y cuando haya un cambio importante hecho, Advocare pondrá un aviso nuevo en su oficina. Yo puedo contactar a Advocare a cualquier momento y obtener una copia actual del LRPSM Aviso de Prácticas de Privacidad. También puedo obtener una copia de su página web.

Consentimiento para Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida para Tratamiento, Pago u Operaciones de Cuidado de Salud

Yo por lo presente doy consentimiento y autorización a Advocare de usar y divulgar mi información de salud, cual incluye todo o cualquier parte de mi archivo médico, incluyendo información de tratamiento de drogas o alcohol, genético, consejería genética y información de pruebas genéticas, información de VIH/ SIDA, y cualquier otra información acerca de mi tratamiento o diagnóstico, también como información demográfica, por o a sus miembros de trabajo y profesionales de cuidado de salud, compañías de aseguración, instalaciones médicas, médicos, vendedores o proveedores involucrados, o cual pueden ser involucrados, con mi tratamiento, el pago por mi tratamiento y/o operaciones de cuidado de salud de Advocare. Yo entiendo que, por ejemplo, mi información de salud puede ser usada o divulgada por Advocare para: proveer cuidado o tratamiento; comunicación entre varios profesionales de cuidado de salud cual estén involucrados en mi cuidado o tratamiento; facturar por y obtener pago por cuidado o tratamiento proporcionado por Advocare; proveer información a y obtener pago de mi compañía de aseguración de salud o plan; evaluar y revisar la calidad de mi cuidado; y conducir su negocio y operaciones de cuidado de salud. En adición, Yo entiendo que Advocare puede liberar mi información de salud protegida como requerida por ley u orden de corte.