

Jorge Bordenave MD, PA

8720 SW 88th Street
Miami, FL 33176

Telefono: 305-446-2444
Fax: 305-446-7847

CONSENTIMIENTO PARA USO Y DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD

SECCION A: Consentimiento del paciente :

Nombre: _____

Direccion : _____

Telefono : _____ Social Security: _____

SECCION B: Para el paciente, lea atentamente la siguiente declaracion :

Propósito del consentimiento Al firmar este formulario, usted dará su consentimiento a nuestro uso y divulgación de su información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica. Aviso de prácticas de privacidad: tiene derecho a leer nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de decidir firmar este Consentimiento. Nuestro Aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, de los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información de salud, y otros asuntos importantes sobre su información de salud protegida. Una copia de nuestro aviso acompaña este Consentimiento. Lo alentamos a leerlo detenidamente y completamente antes de firmar este Consentimiento. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, emitiremos un Aviso revisado de prácticas de privacidad, que contendrá los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquiera de nuestra información de salud protegida que mantenemos. Puede obtener una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, incluida cualquier revisión de nuestro Aviso, en cualquier momento comunicándose con:

Persona de contacto: Jorge Bordenave MD, PA

Direccion : 8720 SW 88th Street, Miami FL 33176

Telefono : (305) 446-2444

Fax: (305) 446- 7847

Derecho a revocar: Usted tendrá el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento, enviándonos un aviso por escrito de su revocación enviada a la Persona de Contacto mencionada anteriormente. Entienda que la revocación de este Consentimiento no afectará ninguna medida que hayamos tomado en virtud de este Consentimiento antes de que recibamos su revocación, y que podemos negarnos a tratarlo o continuar tratándolo si revoca este Consentimiento.

FIRMA

YO _____ He tenido plena oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y su Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que, al firmar esto