DYNAMIC ARTHRITIS CARE CLINIC, PLLC
CARLOS E. RAMIREZ, M.D.
BOARD CERTIFIED INTERNAL MEDICINE & RHEUMATOLOGY
PHONE: (832) 850 6083 **FAX: (832) 672 7113**

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA
Según lo requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996
Consentimiento para usar y divulgar información de salud protegida

Uso y divulgación de su información médica protegida

Su información de salud protegida será utilizada por la oficina de Dynamic Arthritis Care Clinic o revelada a otros con el propósito de tratamiento, obtener pago o apoyar las operaciones de cuidado de la salud cotidiana de la práctica.

Notificación de prácticas de privacidad

La oficina de Dynamic Arthritis Care Clinic está obligada a proporcionar a su solicitud un aviso que describe cómo la información sobre usted puede ser utilizado y divulgado. Además, debemos proporcionarle información sobre cómo puede obtener acceso a esta información. Las políticas y prácticas se definen en el folleto "Aviso de Políticas y Prácticas de Privacidad" que se le proporciona a su solicitud.

Solicitar una restricción en el uso de la revelación de su información

Usted puede solicitar una restricción en el uso o divulgación de su información de salud protegida. La oficina de Dynamic Arthritis Care Clinic puede o no acordar restringir el uso o divulgación de su información médica protegida.
Si la oficina de Dynamic Arthritis Care Clinic está de acuerdo con su solicitud, la restricción será obligatoria para la práctica. El uso o divulgación de información protegida en violación de una restricción acordada será una violación de las normas federales de privacidad.

Revocación del consentimiento

Usted puede revocar este consentimiento para el uso y divulgación de su información médica protegida. Debe revocar este consentimiento por escrito. Cualquier uso o divulgación que ya haya ocurrido antes de la fecha en que se reciba su revocación del consentimiento no se verá afectada.

Reserva de Derecho a Cambiar Prácticas de Privacidad

La oficina de Dynamic Arthritis Care Clinic se reserva el derecho de modificar el esquema de prácticas de privacidad en el aviso. Entiendo que la oficina de Dynamic Arthritis Care Clinic me notificará de estos cambios a través del método que he autorizado o en mi próxima cita.

Firma

He dado mi permiso a la oficina de Dynamic Arthritis Care Clinic para usar y divulgar mi información de salud de acuerdo con este consentimiento y el aviso proporcionado.

_____
Nombre del Paciente (Por Favor Imprimir)

_____ _____
Firma / Parte Responsable Fecha