

Forma de Consentimientosent Form Para el Uso y Divulgación de Información Protegida de Salud (PHI) para el Tratamiento, Pago u Operaciones (TPO)

Entiendo que como parte de mis cuidados médicos, **Kenneth A. Peavy, DMD, MHS, PLLC** crea y mantiene expedientes médicos que describen mi historia de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan y cuidado futuro. Entiendo también que esta información sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento
- Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a mis cuidados
- Una fuente de información para aplicar la información de mi diagnóstico y tratamiento a mi factura
- Un medio por el cual un tercero puede verificar que los servicios facturados fueron, de hecho, proveídos
- Y un medio por el cual las operaciones rutinarias de salud tales como evaluar la calidad y revisar la capacidad de los profesionales de la salud.

Entiendo que tengo derecho a revisar la **Notificación de Prácticas de Información** antes de firmar este consentimiento. Entiendo que El Consultorio se reserva el derecho de cambiar sus notificaciones y prácticas, y antes de la implementación, enviará por correo cualquier notificación revisada a la dirección que he proveído, si existiera la necesidad de usar o difundir cualquier información protegida, de salud. Entiendo también que tengo el derecho de restringir cómo se puede usar mi información de salud para llevar a cabo un tratamiento, pago u operaciones de salud y que El Consultorio no está obligado a las restricciones que se piden. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto hasta donde El Consultorio ya haya tomado acción previa.

Con Este Consentimiento, **Kenneth A. Peavy, DMD, MHS, PLLC** puede llamar a mi casa u otro lugar designado y dejar un mensaje de voz o en persona con respecto a cualquier tema que ayuden al consultorio a llevar a cabo el TPO, tal como recordatorios de citas, asuntos de seguro médico y cualquier llamada con respecto a mis cuidados clínicos.

Con este consentimiento, **Kenneth A. Peavy, DMD, MHS, PLLC** puede enviar por correo a mi hogar, o cualquier otro lugar designado, cualquier artículo que ayude al consultorio a llevar a cabo el TPO, tales como recordatorios y otros materiales, siempre y cuando estén rotulados Personal y Confidencial (Personal and Confidential).

Con este consentimiento, **Kenneth A. Peavy, DMD, MHS, PLLC** puede enviar por correo electrónico – enviarme recordatorios de citas y estados de cuenta de paciente. Tengo el derecho a pedir que **Kenneth A. Peavy, DMD, MHS, PLLC** restrinja cómo usa o divulga mi PHI para llevar a cabo el TPO. Sin embargo, el consultorio no está obligado a estar de acuerdo con las restricciones que pido, pero si lo hace, queda sujeto a este acuerdo.

Al firmar esta forma, le doy el consentimiento a **Kenneth A. Peavy, DMD, MHS, PLLC** para que use y divulgue y PHI para llevar a cabo mi TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto cuando el consultorio ya haya divulgado información de acuerdo con mi consentimiento previo.

Nombre del paciente, por escrito: _____

Firma del Paciente o Tutor Legal: _____

Nombre y relación de otra(s) persona(s) con quienes deseo compartir mi información.

_____/_____

Fecha: _____

Por favor devuelva a la recepción para recibir su copia