



## HIPAA- Reconocimiento y Consentimiento

Entiendo que **Woodburn Pediatric Clinic** (en seguida se refiere como "Esta práctica") usara y revelara **información médica** sobre mí.

Entiendo que mi **información médica** puede incluir información creada y recibida por Esta Práctica, puede ser en forma de registros escritos, electrónicos (incluyendo HIE) o con palabras y puede incluir información acerca de mi historial médico, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de las pruebas de laboratorio, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas y tipos similares de información relacionada con la salud.

Entiendo y estoy de acuerdo que Esta Práctica puede **utilizar y revelar** mi información médica con el fin de:

- Tomar decisiones, planear mi cuidado y tratamiento.
- Referir a, consultar con, coordinar entre y administrar junto con otros proveedores de atención médica, para mi atención y tratamiento.
- Determinar mi elegibilidad para el plan de salud o cobertura de seguro médico y presentar facturas, reclamos y otra información relacionada a las compañías de seguros u otras personas que pueden ser responsables para pagar parte o la totalidad de mi atención médica; y
- Realizar varias funciones de negocio, oficina, administrativas y que apoyen los esfuerzos de mi médico para ayudarme con la organización y el reembolso por un cuidado de la salud, económico y de calidad.

También entiendo que tengo el derecho de recibir y revisar una descripción por escrito de cómo Esta Práctica se encargará de manejar mi información médica. Esta descripción es conocida como **Aviso de Prácticas de Privacidad** y describe los usos y divulgaciones de información médica hecha y las prácticas de información seguidas por los empleados, el personal y otro personal de la oficina de Esta Práctica y mis derechos con respecto a mi información médica.

Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad podrá ser revisado o actualizado de vez en cuando, y que tengo derecho a recibir una copia actualizada del **Aviso de Prácticas de Privacidad**. También entiendo que una copia o un resumen de la versión más reciente del Aviso de Prácticas de Privacidad de Esta Práctica, se publicará en el área de espera/recepción.

Entiendo que tengo el derecho de pedir que toda o alguna de mi información médica, no sea usada o divulgada en la forma descrita en el Aviso de Prácticas de Privacidad, y entiendo que Esta Práctica no está obligada por ley a aceptar tales peticiones.

Yo entiendo que Woodburn Pediatric Clinic es un **Hogar de Cuidado Primario Centrado en el Paciente (PCPCH)** y firmando, estoy de acuerdo en participar y haber elegido a WPC como mi Hogar de Cuidado Primario Centrado en el Paciente (PCPCH), mi Clínica de Atención Primaria.

**Al firmar abajo, estoy de acuerdo que, he revisado y entendido la información anterior y que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del representante del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

No acepto datos electrónicos con el **Intercambio de Información de Salud (HIE)**

No acepto la participación con WPC, **Hogar de Cuidado Primario Centrado en el Paciente (PCPCH)**