

# Medicina Deportiva-Oregon

## RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Yo entiendo que los Asociados de Medicina Deportiva-Oregon

(a los que nos referiremos abajo como "Esta Práctica") usarán y divulgarán la **información sobre mi salud**.

Yo entiendo que el **seguro de mi salud** puede incluir información tanto creada como recibida en Esta Práctica, podría ser en forma escrita o en expedientes electrónicos o de palabra hablada, y podría tratarse de información sobre el historial de mi salud, sobre el estado de mi salud, sobre los síntomas, los exámenes, los resultados de pruebas, los diagnósticos, los tratamientos, los procedimientos, las recetas médicas y demás tipos parecidos de información relacionada con mi salud.

Yo entiendo y estoy de acuerdo con que Esta Práctica pueda **usar y divulgar** la información sobre mi salud con el fin de:

- Hacer decisiones y planear el cuidado de mi salud y tratamiento.
- Referirse a, consultar con, coordinar entre, y administrar junto con otros proveedores del cuidado de la salud mi atención médica y tratamiento.
- Determinar mi elegibilidad para la cobertura del plan de mi salud o del seguro de mi salud, y entregar las facturas de cobro, reclamos y toda información relacionada con las compañías de seguros de salud u otras compañías que pudieran ser responsables del pago de parte o de toda mi atención médica.
- Desempeñar varias funciones de oficina, administrativas o del negocio, que apoyen los esfuerzos de mis doctores con el fin de ofrecerme, arreglar y ser reembolsados por el cuidado de mi atención médica para que sea de calidad y de costo efectivo.

Yo también entiendo que tengo el derecho de recibir y revisar la descripción por escrito sobre la forma en que Esta Práctica va a manejar la información de mi salud. Esta descripción por escrito se conoce como **Aviso de Prácticas de Privacidad** y describe los usos y las divulgaciones de la información sobre mi salud hechas y la información de las prácticas permitidas por los empleados, los trabajadores, y el personal restante de Esta Práctica, y mis derechos referentes a la información de mi salud.

Yo entiendo que el Aviso de las Prácticas de Privacidad podría ser revisado de vez en cuando, y que yo tengo derecho a recibir una copia del revisado y actualizado Aviso de las Prácticas de Privacidad. Yo también entiendo que en la sala de recepción o en la sala de espera tendrán para mí la versión más actual del Aviso de las Prácticas de Privacidad de Esta Práctica.

Yo entiendo que tengo el derecho de pedir que parte o toda la información de mi salud no sea utilizada o divulgada en la manera descrita en el Aviso de las Prácticas de Privacidad, y yo entiendo que Esta Práctica por ley no tiene la obligación de estar de acuerdo con dichas peticiones.

**Al firmar abajo, yo estoy de acuerdo en haber revisado y entendido la información de arriba, y que he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad.**

Escriba en letra de molde el nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

-O-

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

Relación con el representante del paciente: \_\_\_\_\_