



3300 Webster Street, # 1200
Oakland, California 94609
510.238.1200
FAX 510.663.1543

15035 East 14th Street
San Leandro, California 94578
510.614.1730
FAX 510.483.0626

5801 Norris Canyon Road, # 210
San Ramon, California 94583
925.355.7350
FAX 925.244.1457

1436 Cedarwood Lane, Suite D
Pleasanton, California 94566
925.737.1644
FAX 925.737.1647

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACION DE LA SALUD PARA TRATAMIENTO, PAGOS, O INTERVENCIONES, MEDICAS.

NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ NO. DE SEGURO SOCIAL _____

Entiendo que como parte del cuidado de mi salud, esta organización origina y mantiene expedientes medicos que describen mi historial de salud, sintomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnosticos, tratamientos y cualquier plan para el cuidado futuro de mi salud o tratamiento.

Entiendo que la información del “Aviso de las Practicas Privadas” sirve como:

- Fundamento para la planeación del cuidado y tratamiento de mi salud.
- Un medio de comunicación entre los muchos profesionales del cuidado de la salud quienes contribuyen al cuidado de mi salud.
- Una fuente de información para aplicar mi diagnostico é información quirurjica a mi factura.
- Un medio por el cual una tercera persona responsable por el pago pueda verificar que los servicios cobrados fueron realmente proveidos.
- Una heramienta para operaciones rutinarias del cuidado de su salud tales como evaluaciones de la calidad de servicio, y revisiones de la competencia entre los profesionales medicos.

Favor de referirse al folleto “Aviso de las Practicas Privadas”, a la sección de “Restricciones de los requisitos.”

Solicito las siguientes restricciones para la divulgación o uso de la informacción de mi salud.

Información medica puede ser compartida con:

- Paciente solamente
- Miembro de la Familia o Amigo _____
- Medico
- Otros _____

Mensajes detallados concernientes a resultodos de exámenes medicos pueden dejurse en la maquina contestadora de mensajes

- Si
- No
- Numero telefonico _____

OTRAS RESTICCIONES _____

PACIENTE:

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Firma del testigo

PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Aceptado _____

Rechazado _____

Firma

Posicion

Fecha