



Consentimiento y acuse de recibo

Comprendo que Northwest Primary Care usará y divulgará mi información médica. Entiendo que mi información médica puede incluir información creada y recibida por Northwest Primary Care, en forma de registros escritos o electrónicos o intercambio oral, y puede abarcar mis antecedentes médicos, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas y tipos similares de información relacionada con la salud.

Entiendo y acepto que Northwest Primary Care puede utilizar y divulgar mi información médica para lo siguiente:

- planificar y tomar decisiones sobre mi atención y tratamiento;
- derivar mi atención y tratamiento a otros proveedores médicos, hacerles consultas al respecto, coordinar y trabajar en mi atención y tratamiento junto con ellos;
- determinar mi elegibilidad para la cobertura de un plan de salud o de un seguro, y presentar facturas, reclamaciones y demás información relacionada a las compañías de seguros u otras personas que puedan ser responsables de pagar parte o la totalidad de mi atención sanitaria;
- llevar a cabo diversas funciones administrativas y comerciales que apoyen los esfuerzos realizados por mi médico para brindarme, coordinar y recibir un reembolso por una atención sanitaria rentable y de calidad;
- a investigadores, siempre que la investigación haya sido aprobada por una Junta de Revisión Institucional o un Consejo de Privacidad, y los protocolos de investigación hayan sido aprobados para garantizar su privacidad. Podemos revelar información sanitaria sobre usted a personas que se preparan para llevar a cabo un proyecto de investigación.

También entiendo que tengo derecho a recibir y revisar una descripción escrita de cómo Northwest Primary Care gestionará mi información médica. Esta descripción escrita se conoce como Aviso de prácticas de privacidad y describe los usos y divulgaciones de la información médica y las prácticas de información que siguen los empleados, el personal y demás empleados administrativos de Northwest Primary Care, y mis derechos con respecto a mi información médica.

Entiendo que el Aviso de prácticas de privacidad puede ser revisado de vez en cuando, y que tengo derecho a recibir una copia de cualquier actualización que se lleve a cabo sobre estas prácticas. También entiendo que una copia o un resumen de la versión más actualizada del Aviso de prácticas de privacidad en vigor se publicará en el área de espera/recepción y en nuestro sitio web en www.nwpc.com.

Comprendo que tengo derecho a pedir que una parte o la totalidad de mi información médica no se utilice o divulgue de la manera descrita en el Aviso de prácticas de privacidad, y entiendo que Northwest Primary Care no está obligado por ley a aceptar dichas solicitudes.

Con mi firma, acepto que he revisado y comprendido la información anterior y que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Firma del paciente

Fecha

Firma de su representante legal

Fecha

Descripción del carácter del representante