

RECONOCIMIENTO Y PERMISO

Yo entiendo que MT HOOD WOMEN'S HEALTH, P.C.. usará y divulgar información médica mía.

Yo entiendo que mi información médica puede incluir información o creada o recibida por la oficina médica, puede ser en la forma de registros escritos y/o electrónicos o palabras habladas y puede incluir información sobre mi historia de salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de exámenes, diagnosis, tratamientos, procedimientos, recetas, e información médica del tipo similar.

Yo entiendo y consiento con que MT HOOD WOMEN'S HEALTH, P.C.. puede usar y divulgar mi información médica para:

- Tomar decisiones sobre y planear para mi cuidado y tratamiento;
- Consultar con, referirles a, coordinar con y trabajar con otros proveedores de servicios medicos para mi tratamiento;
- Determinar si califico para algún plan de seguridad y entregar cuentas, reclamaciones y otra información apropiada con compañías de seguridad o con otros que podrían ser responsables por pagar por parte de o todo mi cuidado medico; y
- Hacer varias tareas de oficina, administrativas y de negocio que ayudan a mi doctor a proveerme con y ser reembolsado por servicios médicos de buena calidad y costo eficiente.

Yo también entiendo que yo tengo el derecho de recibir y repasar una descripción escrita del cómo I la oficina de MT HOOD WOMEN'S HEALTH P.C usará información médica mía. Esta descripción escrita se llama **Aviso de Prácticas de Confidencialidad** y describe los usos y divulgaciones de información y las reglas usadas por los empleados, y otro personal de la oficina de, MT HOOD WOMEN'S HEALTH P.C., y mis derechos en cuanto a mi información médica.

Yo entiendo que de vez en cuando puede ser cambiado el **Aviso de Prácticas de Confidencialidad** y que yo puedo obtener una copia de cualquier nueva la **Aviso de Prácticas de Confidencialidad**. Yo también entiendo que una copia o resumen de la versión más reciente del **Aviso de Prácticas de Confidencialidad** en efecto estará en la sala de espera de la oficina.

Yo entiendo que tengo el derecho de pedir que una parte o toda mi información médica no sea usada ni divulgada en la manera descrita en el **Aviso de Prácticas de Confidencialidad**, y yo entiendo que, MT HOOD WOMEN'S HEALTH P.C **no** está obligado por ley a cumplir con tales peticiones.

Por firmar abajo, yo admito que he leído y entiendo la información arriba y me han dado acceso a una copia del Aviso de Prácticas de Confidencialidad.

Por: _____ (Paciente o guardián de la paciente si menor de 15 años)	Fecha: _____
---	--------------

**Yo doy permiso que los individuo(s) siguiente(s) tengan acceso a toda mi información médica:
(Si Ud. no quiere divulgar toda su información médica, hay que llenar una forma de autorización de divulgar información)**

X _____
(Firma de paciente dando divulgación a los individuos alistados arriba)

Fecha _____