

Reconocimiento y Consentimiento a que se Utilice y a que se Comparta la Información Médica para el Tratamiento, Remuneración u Operaciones de Cuidado Médico

Entiendo que, como parte de mi cuidado médico, **Gerig Surgical Associates, P.C.**, origina y mantiene los expedientes que describen mi historia médica, los síntomas, los exámenes y los resultados de las pruebas, los diagnósticos, el tratamiento y cualquier plan de cuidado o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como:

- *La base de planear mi cuidado y tratamiento*
- *Medio de comunicación entre los profesionales de cuidado médico que participan en mi cuidado*
- *Fuente de información para poder cobrar por el diagnóstico y la cirugía*
- *Medio por el cual un pagador tercero puede verificar que realmente se proveyeron los servicios*
- *Una herramienta para operaciones de cuidado médico rutinario, tales como evaluar la calidad y la competencia de los profesionales de cuidado médico*

Entiendo y me han proporcionado el Aviso de Prácticas de Información, el cual provee una descripción más completa de cómo se utiliza la información y de cómo será compartido. Entiendo que tengo el derecho a revisar el aviso antes de firmar este permiso. Entiendo que **Gerig Surgical Associates, P.C.**, se reserva el derecho de cambiar sus avisos y prácticas y previo a implementarlos, se colocará una copia de la notificación revisada en la oficina de **Gerig Surgical Associates, P.C.** y se hará una copia de la notificación revisada a para mi disposición si lo solicito. Entiendo que yo tengo el derecho de protestar cualquier uso de mi información de salud, de cualquier directorio público de **Gerig Surgical Associates, P.C.**

Entiendo que tengo el derecho de pedir restricciones de cómo se emplee o se comparta mi información médica para tratamientos, pagos u operaciones de cuidado médico y que, **Gerig Surgical Associates, P.C.**, por lo general, no están obligados a estar de acuerdo con las restricciones solicitadas. Sin embargo, **Gerig Surgical Associates, P.C.** deben estar de acuerdo con mi petición de restringir la divulgación de mi información de los pacientes a un plan de salud si la revelación es para llevar a cabo las operaciones de pago o asistencia médica y no está obligado por la ley, y la información se refiera solamente a un artículo de cuidado de salud o servicio para el que yo (o una persona en mi nombre que no sea el plan de salud) ha pagado **Gerig Surgical Associates, P.C.** en su totalidad. Entiendo que yo puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto hasta donde **Gerig Surgical Associates, P.C.** ya haya tomado acción sobre ello.

Los expedientes de **Gerig Surgical Associates, P.C.**, pueden contener información creada por otra entidad que no sea **Gerig Surgical Associates, P.C.** **Gerig Surgical Associates, P.C.**, no asume la responsabilidad por la información contenida en eso (incluso la exactitud, la relevancia, la falta de detalles, la legibilidad o la falta de ello en los expedientes incorporados). El paciente expresamente pide que se comparta todos los expedientes mantenidos por **Gerig Surgical Associates, P.C.** relativo a él, incluso expedientes incorporados. El paciente acepta que **Gerig Surgical Associates, P.C.** no tiene ni asume la obligación al paciente con respecto al contenido u omisiones de tales expedientes incorporados.

☐ Ninguna restricción

☐ Pido las siguientes restricciones al empleo o a la revelación de mi información médica

Firma del Paciente o su Representante Legal

Firma del Testigo

Fecha Vigente del Aviso es el 23 de Septiembre de 2020

Gerig Surgical Associates, P.C., no pudo obtener el reconocimiento/consentimiento debido a:

☐ Emergencia ☐ Paciente incapaz de responder ☐ Paciente confundido/desorientado ☐ Paciente sedado

☐ Rechazo del Paciente (Razón) _____

This area for use by **Gerig Surgical Associates, P.C.** personnel only:

Restriction on use or disclosure ☐ Accepted ☐ Denied

Signature: _____ Date: _____