



FORMA DE CONSENTIMIENTO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

He leído y entendido plenamente el Informe sobre el Uso de la Información. Entiendo que Wake Health Services, Inc. puede usar o revelar mi información de salud personal para propósitos como llevar a cabo tratamiento, obtener pago, evaluar la calidad de los servicios provistos y alguna operación administrativa relacionada con el tratamiento o pago. Entiendo que tengo el derecho de restringir el uso y revelación de mi información de salud personal para tratamiento, pago y operaciones administrativas si requiero de intervención. También entiendo que Wake Health Services, Inc. considerará solicitudes de restricción caso por caso, pero no tiene que estar de acuerdo con las solicitudes de restricción.

Por este medio acepto el uso y revelación de la información de mi salud personal para los propósitos citados en el Informe de Uso de Información de Wake Health Services, Inc. Entiendo que conservo el derecho de revocar este consentimiento notificándolo por escrito en cualquier momento.

Nombre de Paciente	Firma	Fecha

Yo autorizo al personal de WHSI y sus medicos a dejarme mensajes en el telefono de mi casa. Si No

Yo autorizo al personal de WHSI y sus medicos a dejarme mensajes en el telefono de mi trabajo. Si No

Yo autorizo al personal de WHSI y sus doctores a enviarme correspondencia a la direccion de mi casa. Si NO

Yo prefiero recibir correspondencia del personal de WHSI y sus doctores en la siguiente dirección: _____

Yo autorizo a una o todas las personas designadas en la parte inferior a pedir o recibir cualquier información protegida referente a mi tratamiento de salud, pagos u operaciones administrativas relacionadas al cuidado de salud o pago por el servicio. Yo entiendo que la identidad de estas personas será verificada antes de que dicha información sea entregada.

Personas Autorizadas:

Nombre: _____

Relación: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Firma del Paciente

Fecha

También autorizo a Wake Health Services, Inc. usar la información de mi salud protegida para mercadotecnia dirigida, recaudación de fondos, y/o solicitud de participación en estudios de investigación. Entiendo y tengo el derecho de copiar o inspeccionar cualquier información usada para estos propósitos. También entiendo que esta autorizacion no afecta mi consentimiento para usar la información de mi salud protegida para tratamiento, cobro u operaciones relacionadas con tratamiento y cobro.

Nombre del Paciente

Nombre del Testigo

Firma

Firma del Testigo

Fecha

Fecha