



CONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Yo entiendo que la información sobre mi salud incluye información creada y recibida por Genesis Community Health podría estar escrita en forma electrónica gravada o palabras habladas y puede incluir información acerca de mi estado de salud, síntomas, examen físico, resultados de laboratorio, diagnóstico y tratamiento, procedimiento, prescripciones u otro tipo similar de relativa información de salud.

Yo entiendo y estoy de acuerdo que Genesis Community Health puede usar y revelar mi información de salud en el orden siguiente:

- Tomar decisión acerca de un plan de tratamiento.
- Determinar la elegibilidad del plan de salud o cobertura, y obtener un estado de cuenta, reclamos u otra información relativa para la compañía de seguro de salud u otros quienes puedan ser responsables por el pago total o parte del tratamiento de salud en diferentes oficinas administrativas en función de negocios que justifiquen la acción del médico, los acuerdos y el reembolso por cualidad en cuanto a costo y efectividad en el tratamiento de salud.
- Referencias, consultas, coordinación y manejo con otros médicos en el cuidado de salud y su tratamiento.

Yo también entiendo que tengo el derecho de recibir y revisar un documento escrito de cómo Genesis Community Health manejará mi información de salud. Este documento es llamado Notice of Privacy Practices y describe el uso y las discusiones de salud relativa escrita y la información practicada seguida por los empleados, personal de salud y otra oficina del personal de Genesis Community Health y mis derechos relacionados con esa información de salud.

Entiendo que la Notice of Privacy Practices podría ser revisada de tiempo en tiempo y que yo estoy obligada a recibir una copia de eso una vez revisada. También entiendo que una copia o sumario de la más versión actual de Genesis Community Health Notice of Privacy Practice estaría en efecto publicada en la sala de espera o disponible en la página web at www.gencomhealth.org.

Yo entiendo que tengo el derecho de pedir que la información acerca de mi salud no sea revelada en parte o completa en la manera que ha sido descrita en Notice of Privacy Practice, y comprendo que Genesis Community Health por ley no requiere estar de acuerdo con la petición hecha anteriormente.

Firmando abajo, yo estoy de acuerdo que he revisado y entendido la información anterior y que tengo copia de Notice of Privacy Practices.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Representante del paciente _____ Fecha _____