

## LEY HIPAA

Con mi consentimiento, Insight Radiology PR puede utilizar y divulgar información de la salud protegida mía para efectuar tratamiento y operaciones del cuidado de salud. Favor de referirse al aviso de las prácticas de privacidad de esta oficina para una descripción más completa sobre dichos usos y divulgaciones.

Tengo el derecho de estudiar su aviso acerca de las prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. Esta oficina se reserva el derecho de modificar su aviso acerca de las prácticas de privacidad en cualquier momento.

Con mi consentimiento, esta oficina puede llamar a mi casa o a otra dirección designada y dejar un mensaje en el buzón de voz o con una persona respecto a cualquier asunto que les ayude en desempeñar sus operaciones de cuidado de salud, tales como recordar citas, asuntos de seguro médico y cualquier llamada relacionada con mi cuidado clínico, incluyendo resultados de laboratorio, entre otros.

Con mi consentimiento, esta oficina puede mandarme cartas que les ayude a desempeñar sus operaciones de cuidado de salud a mi casa o a otra ubicación designada, tales como recordar citas, y estado de cuenta, del paciente siempre y cuando estén marcadas Personal y Confidencial.

Con mi consentimiento, esta oficina puede enviarme correos electrónicos a mi casa o a otra ubicación designada, cualquier asunto que le ayude a la oficina a desempeñar sus operaciones de cuidado de salud, tales como recordar citas y estados de cuenta del paciente.

Tengo el derecho de pedirle a esta oficina que limite como utilizar o divulgar mi información de salud protegida para desempeñar sus operaciones de cuidado de salud. Sin embargo, la oficina no está obligada a asentir a mi solicitud para los límites de divulgación, pero si lo hace, está sujeta a este convenio.

### CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA SALUD PROTEGIDA

Al firmar este contrato, estoy consintiendo que esta oficina utilice y divulgue mi información de salud protegida para desempeñar sus operaciones de cuidado de salud.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito excepto en el caso que la oficina ya haya hecho divulgaciones por atenerse a mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, puede que esta oficina se niegue a darme tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o encargado

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente