A ADVANCED AUDIOLOGY INSTITUTE
7660 W Cheyenne Ave Suite 114
Las Vegas Nevada 89129
t 702.853.7986 f 702.880.1511

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACION DE LA INFORMACION MÉDICA PARA FINES DE TRATAMIENTO, GESTION DE COBROS Y TRÁMITES RELACIONADOS CON EL CUIDADO DE LA SALUD, DE ACUERDO A LAS DISPOSICIONES DE HIPAA

(Health Insurance Portability and Accountability Act)

Yo, _____, entiendo que como parte de mi cuidado medico, Advanced Audiology Institute produce y mantiene documentos y registros que describen mi historial medico, síntomas, exámenes resultados de pruebas de laboratorio, diagnósticos, tratamientos, y planes para el futuro cuidado y tratamiento de mi salud. Yo entiendo que esta información es utilizada como:

- Base para planificación de mi cuidado y tratamiento
- Medio de comunicación entre varios profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado
- Fuente de información para determinación de diagnósticos y procedimientos médicos que deberán mostrarse en mi cuenta
- Medio por el cual las compañías de seguro medico pueden verificar que los servicios facturados fueron realmente recibidos.
- Una herramienta de control de calidad para el sistema de la salud que se utiliza para verificar la competencia y calidad de los profesionales de salud.

Yo entiendo y e recibido el documento *Practicas sobre el Uso de la Información Medica* que proporciona una información mas detallada del uso y manejo de la información. Yo entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho de revisar el documento anteriormente mencionado para firmar este Consentimiento.
- El derecho a solicitar restricciones en cuanto al manejo y revelación de mi información de salud, para los fines de asignación de tratamiento y pago de procedimientos médicos.

Yo entiendo que Advanced Audiology Institute no tiene la obligación de cumplir con estas restricciones solicitadas. Yo entiendo además que puedo revocar este Consentimiento por escrito. Advanced Audiology no será responsable por la información que haya sido divulgada antes de esta revocación. Yo también entiendo que si me niego a firmar este Consentimiento o revocarlo, Advanced Audiology puede negarse a darme mis servicios médicos de acuerdo a lo establecido en la Sección 164.520 de el Código Federal de Regulaciones.

Entiendo que como parte del tratamiento de esta organización, pagos o las operaciones de asistencia sanitaria, puede ser necesario revelar mi información medica confidencial a otra entidad (compañía de seguros, médicos especialistas, hospital, etc.), y yo consiento a esta divulgación para los usos permitidos, incluyendo faxes y correo electrónico.

Por ultimo, doy consentimiento a Advanced Audiology Institute a revelar mi información medica confidencial a la(s) siguiente(s) persona(s):

_____ _____
Nombre Relación al paciente

_____ _____
Nombre Relación al paciente

_____ _____
Nombre Relación al paciente

Yo entiendo y aceptó los términos y condiciones de este Consentimiento.

_____ _____
Firma del Paciente Fecha