



## CTVS Formulario de Consentimiento General Para el Uso y Divulgacion de Informacion de Salud Protegida

Entiendo que Cardiothoracic y Vascular Surgeons crea y mantiene los registros médicos y relacionados con la salud que incluyen información personal, incluyendo mi historial de salud, síntomas, información demográfica, diagnósticos, exámenes y resultados de pruebas, tratamientos y cualquier plan para futuro cuidado o tratamiento. Este es mi "información de salud protegida."

Entiendo y estoy de acuerdo con el uso y divulgación de mi información de salud por CTVS para los siguientes propósitos:

- **Mi Tratamiento:** Esto incluye la provisión, coordinación o supervisión de mi medico y servicios relacionados, incluyendo la coordinación o la gestión de mi cuidada y consulta entre los profesionales de las salud relacionados con mi tratamiento, o mi referencia a otro profesional de la salud y participación en la base de datos de Farmacia Surescripts.
- **El Pago de los Servicios de Asistencia Sanitaria prestada a mi:** Esto incluye las acciones llevadas a cabo por un plan de salud para decidir la cobertura o el pago de las prestaciones a mi, por mi proveedor o un plan de salud para obtener o proporcionar compensación por mi cuidado, o referente a mi.
- **Funcionamiento interno de mi proveedor:** Esto incluye la evaluación de calidad y actividades de mejora, revisión de desempeño de los proveedores y la formación, las actividades relativas al seguro de salud y beneficios, organizar o realizar revisiones medicas, servicios legales y auditorias, planificación empresarial y el desarrollo y gestión de negocios y actividades administrativas generales incluyendo servicio al cliente, resolución de quejas internas, debida diligencia, y la creación de información no identificable de salud.
- **Mi divulgación de información personal:** Autorizo la divulgación de mi información de salud protegida a mí mismo en cualquier momento.
- **Uso de mi número de celular:** Autorizo a los mensajes y alertas automatizadas a mí de esta práctica.

Entiendo y estoy de acuerdo en que:

- Tengo el derecho de revisar el *Aviso de Practicas de Privacidad para Información de Salud Protegida* de Cardiothoracic and Vascular Surgeons , que proporciona una descripción mucho mas detallada de los usos y divulgaciones de información, antes de firmar este formulario de consentimiento.
- **Cardiothoracic and Vascular Surgeons** puede cambiar o modificar su *Aviso de Practicas de Privacidad para Información de Salud Protegida* en cualquier momento y tengo el derecho a obtener una revisión del aviso de practicas de privacidad accediendo al sitio web de Cardiothoracic and Vascular Surgeons, llamando a la oficina y solicitar una copia revisada sea enviados por correo o pidiendo una en el momento de mi próxima cita.
- Yo tengo derecho de solicitar restricciones en cuanto a como mi información de salud puede ser utilizada o revelada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención medica. Entiendo y acepto que mi proveedor no esta obligado a acceder a las restricciones que yo solicite, pero si mi proveedor esta de acuerdo, que estará sujeto a dicha restricción.
- Yo tengo derecho de revocar este consentimiento notificando a mi Proveedor *por escrito* que yo revoque este consentimiento a menos que mi Proveedor ha utilizado o divulgado mi información de salud en la dependencia de este consentimiento
- Mi Proveedor tiene el derecho de revelar Información Medica pertinente a un miembro de mi familia, otro pariente, un amigo personal cercano, o cualquier persona identificada por mi.

# CTVS Formulario de Consentimiento General Para el Uso y Divulgacion de Informacion de Salud Protegida

\_\_\_\_\_  
**Signature of Patient/ *Firma del Paciente***

\_\_\_\_\_  
**Printed Name of Patient/ *Nombre del Paciente in letra molde***

\_\_\_\_\_  
**Date/ *Fecha***

\_\_\_\_\_  
**Email**

\_\_\_\_\_  
**Guardian or responsible party signature/ *Guardián o Firma de persona responsable***

**I hereby authorize the release of my protected health information to the following individuals:  
*Yo autorizo la divulgación de mi información protegida de salud a las siguientes personas:***

\_\_\_\_\_  
Name/ *Nombre*

\_\_\_\_\_  
Relationship/ *Relación*

\_\_\_\_\_  
Email or Phone/ *Email o Teléfono*

\_\_\_\_\_  
Name/ *Nombre*

\_\_\_\_\_  
Relationship/ *Relación*

\_\_\_\_\_  
Email or Phone/ *Email o Teléfono*

\_\_\_\_\_  
Name/ *Nombre*

\_\_\_\_\_  
Relationship/ *Relación*

\_\_\_\_\_  
Email or Phone/ *Email o Teléfono*

\_\_\_\_\_  
Name/ *Nombre*

\_\_\_\_\_  
Relationship/ *Relación*

\_\_\_\_\_  
Email or Phone/ *Email o Teléfono*

\_\_\_\_\_  
Name/ *Nombre*

\_\_\_\_\_  
Relationship/ *Relación*

\_\_\_\_\_  
Email or Phone/ *Email o Teléfono*