



Permiso para Usar y Revelar Información Médica para Tratamiento, Pagos, y Operaciones del Mantenimiento de su Salud

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Entiendo que como parte del mantenimiento de mi salud, las Juntas de Salud Pública de los condados de Cobb y Douglas generan y mantienen registros médicos los cuales delinearán mi historial médico, síntomas, exámenes, tratamientos, y cualesquier planes para futuros tratamientos. Entiendo que esta información puede servir de la siguiente manera:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento,
- Un medio de comunicación entre los varios profesionales de salud quienes contribuyen a mi salud,
- Una fuente de información para poner los diagnósticos y tratamientos correctos en mi cuenta,
- Un medio por el cual una tercera organización pueda verificar que los servicios en la cuenta fueron realmente extendidos, y
- Un instrumento para el cuidado rutinario tal como el valorar la calidad y evaluar la capacidad de las habilidades de los profesionales.

Se me ha provisto la *Notificación de las Prácticas de Privacidad por el Proveedor* la cual me da una descripción más completa de los usos y revelaciones de información.

Entiendo que:

- Tengo el derecho de repasar la notificación antes de firmar este permiso.
- La organización tiene el derecho de cambiar sus notificaciones y prácticas.
- Recibiré una notificación revisada en mi próxima visita si se le han hecho cambios a la notificación.
- Tengo el derecho de objetar a que se use mi información médica para usos de guías directorios.
- Tengo el derecho a pedir que se impongan restricciones en cuanto al uso de mi información médica o cómo se pueda revelar para llevar a cabo tratamientos, pagos, u operaciones de mantenimiento de salud y que la organización no está obligada a estar de acuerdo con las restricciones pedidas.
- Puedo revocar este permiso por escrito, excepto al grado que la organización ya haya tomado acción en conformidad con su vigencia a tal tiempo.

Deseo poner las siguientes restricciones al uso o revelaciones de mi información médica:

Firma del Paciente o Representante Legal del Paciente Nombrado

Parentesco

Fecha

Testigo

Título

Fecha