



RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Entiendo que la Clínica Pediátrica Westside, PC (referida a continuación como "Esta Práctica") utilizará y divulgará información médica sobre mí.

Entiendo que mi información médica puede incluir información creada y recibida por Esta Práctica, puede estar en forma de registros escritos o electrónicos o palabras habladas, y puede incluir información sobre mi historial médico, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas y tipos similares de información relacionada con la salud. Entiendo y acepto que Esta Práctica puede utilizar y divulgar mi información médica para:

- Tomar decisiones y planificar mi atención y tratamiento
- Referirse, consultar, coordinar y gestionar junto con otros proveedores de atención médica para mi atención y tratamiento.
- Determinar mi elegibilidad para la cobertura de planes de salud o seguros, y presentar facturas, reclamos y otra información relacionada a compañías de seguros u otros que puedan ser responsables de pagar parte o todo mi cuidado de salud y
- Realizar varias funciones de oficina, administrativas y comerciales que respalden el esfuerzo de mi médico para proporcionarme, organizar y ser reembolsado por una atención médica de calidad y rentable.
- Incluyendo confirmar citas con anticipación y dejar esa información en el correo de voz o contestador automático.

También entiendo que tengo derecho a recibir y revisar una descripción escrita de cómo Esta Práctica manejará la información médica sobre mí. Esta descripción escrita se conoce como Aviso de Prácticas de Privacidad y describe los usos y divulgaciones de la información médica realizadas y las prácticas de información seguidas por los empleados, el personal y otro personal de oficina de Esta Práctica, y mis derechos con respecto a mi información médica.

Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad puede ser revisado de vez en cuando, y que tengo derecho a recibir una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad revisado. También entiendo que se publicará una copia o un resumen de la versión más actual del Aviso de Prácticas de Privacidad de Esta Práctica vigente en el área de espera/recepción y estará disponible en el sitio web en www.westsidepediatrics.com

Entiendo que tengo derecho a solicitar que parte o toda mi información médica no se utilice o divulgue de la manera descrita en el Aviso de Prácticas de Privacidad, y entiendo que Esta Práctica no está obligada por ley a aceptar tales solicitudes.

Al firmar a continuación, acepto que he revisado y comprendido la información anterior y que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Por Paciente _____ Fecha: _____

OR

Por Representante del Paciente: _____ Fecha: _____

Descripción de la Autoridad del Representante: _____