



*Orthopaedic Surgery
& Sports Medicine*

OF SAN ANTONIO

**Consentimiento para Propósitos de Tratamiento, Pago, Operaciones del Cuidado de la Salud y
Aviso de Prácticas de Confidencialidad**

Doy mi consentimiento para que Orthopaedic Surgery & Sports Medicine of San Antonio, que en adelante llamaremos "OSSMSA", utilice y divulgue información de salud protegida mía, para propósitos de diagnóstico, tratamiento, obtención de pago de mis cuentas (facturas), u operaciones del cuidado de la salud realizadas por OSSMSA. Entiendo que el diagnóstico o el tratamiento que me administre el doctor **Andrew L. Whaley, M.D. o Joseph Taylor, F.N.P.** podría estar condicionado al consentimiento que yo otorgue el cual queda comprobado con mi firma al calce de este documento. Entiendo que el doctor Andrew L. Whaley, M.D. y/o Joseph Taylor, F.N.P. puede proporcionarme cuidado médico en Alamo City MRI y Alamo Heights Surgery Center, centros médicos en los cuales ellos pudieran tener algún interés financiero.

Entiendo que tengo derecho de solicitar una restricción en cuanto a cómo se use o se divulgue mi información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos, o las políticas relacionadas con operaciones del cuidado de la salud. A OSSMSA no se le exige que convenga con las restricciones que yo pudiera solicitar. Sin embargo, si OSSMSA conviene con alguna de las restricciones que yo solicite, la restricción es responsabilidad de OSSMSA y de _____.

(Escriba su nombre completo aquí)

Tengo derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, en la medida en que el doctor **Andrew L. Whaley, M.D., Joseph Taylor, F.N.P.,** o OSSMSA hayan emprendido acción basado en la seguridad del consentimiento.

Mi "Información de Salud Protegida" significa información médica, incluyendo mi información demográfica proporcionada por mí, creada o recibida de mi médico, de otro proveedor de servicios de salud, de un plan médico, de mi empleador, o de algún centro de intercambio de información de salud. Esta información de salud protegida que se relacione con mi salud física o mental o padecimiento pasado, presente o futuro, que me identifica o que existe una base razonable para creer que la información pudiera identificarme.

Antes de firmar este documento entiendo que tengo derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Confidencialidad de OSSMSA que me ha sido proporcionado. El Aviso de Prácticas de Confidencialidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que ocurrirán durante mi tratamiento, pago de mis cuentas, o durante el desempeño de operaciones del cuidado de la salud realizadas por OSSMSA. Además, este Aviso de Prácticas de Confidencialidad de OSSMSA está disponible en la recepción de cada clínica y en el sitio Web de OSSMSA www.ossmsa.com. Este Aviso de Prácticas de Confidencialidad también explica mis derechos y las obligaciones de OSSMSA respecto a mi información de salud protegida.

OSSMSA se reserva el derecho de modificar las prácticas de confidencialidad descritas en el Aviso de Prácticas de Confidencialidad. Puedo obtener un Aviso Revisado de las Prácticas de Confidencialidad visitando el sitio Web de OSSMSA, llamando al consultorio, o solicitando que se me envíe una copia revisada por correo o recibéndola personalmente el día de mi próxima cita.

Firma del paciente o del representante personal

Nombre del paciente o del representante personal

Fecha

Descripción de la autoridad del representante personal