

## **AUTORIZACION PARA DIVULGACION DE INFORMACION DEL EXPEDIENTE MEDICO PARA PROPOSITO DE TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DEL CUIDADO DE SALUD (TPO)**

La ley federal “Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)” del 21 de agosto de 1996 requiere que se le notifique al paciente las practicas sobre privacidad de nuestra institución que se evidencie dicha notificación. La carta de derechos y obligaciones del paciente de Puerto Rico del 25 de agosto de 2000 requiere que para poder proveerle nuestros servicios debemos obtener su consentimiento para usar y divulgar su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago y transacciones relacionadas con las operaciones para el cuidado de salud que lleva a cabo nuestra institución (TPO).

Al firmar este consentimiento usted autoriza y está de acuerdo con que nuestra institución use y divulgue su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago y operaciones para el cuidado de la salud (TPO). Usted tiene derecho a solicitar de nuestra institución restricciones en cuanto al uso y divulgación que hagamos de su información de salud protegida para efectos de tratamiento, pago y operaciones para el cuidado de salud (TPO). No obstante nuestra institución no está en la obligación de aceptarlas.

### **Sus derechos de privacidad**

Aunque su expediente médico es propiedad del Dr. Luis A Esquerdo Cruz, usted tiene derecho a:

- Inspeccionar y copiar su información de salud, incluidos los informes de laboratorio, solicitud por escrito y sujeto a algunas excepciones. Es posible que le cobremos una tarifa razonable basada en el costo para proporcionar registros según lo permita la ley.
- Recibir comunicaciones confidenciales de su información de salud, tales como solicitando que nos pongamos en contacto con usted en una determinada dirección o número de teléfono. Es posible que se le exija que haga una solicitud.

Con la firma de este consentimiento usted reconoce haber sido notificado sobre nuestras Prácticas de Privacidad y consiente el uso y divulgación de su información de salud según como se dispone en la Notificación.

Nuestra institución se reserva el derecho de revisar, cambiar o enmendar las prácticas sobre uso y divulgación descritas en la notificación en cualquier momento.

Yo, [PatientFullName], certifico que he leído las disposiciones de este consentimiento, que lo entiendo y que estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresados en el mismo.

[PatientFullName]  
Nombre del Paciente

[PATIENT SIGNATURE]

---

Firma del Paciente

[Date.Today] [Date.Time]

---

Fecha y Hora

### **Notice of Privacy Practices**

The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of August 21, 1996 require that the patient be notified of our institution's privacy practices as evidenced by such notice. The Puerto Rico Patient Bill of Rights and Obligations of August 25, 2000 requires that in order to provide our services to you, we must obtain your consent to use and disclose your protected health information for purposes of treatment, for which we must obtain your consent to use and disclose your protected health information for purposes of treatment, payment, and transactions related to our institution's health care operations (TPO).

By signing this consent, you authorize and agree to our institution's use and disclosure of your protected health information for treatment, payment, and health care operations (TPO) purposes. You have the right to request restrictions on our use and disclosure of your protected health information from us for treatment, payment, and health care operations (TPO) purposes. However, our institution is under no obligation to accept them.

### **Your Privacy Rights**

Although your health record is the property of Dr. Luis A Esquerdo Cruz, you have the right to:

- Inspect and copy your health information, including lab reports, upon written request and subject to some exceptions. We may charge you a reasonable, cost-based fee for providing records as permitted by law
- Receive confidential communications of your health information, such as requesting that we contact you at a certain address or phone number. You may be required to make the request in writing with a statement or explanation for the request.

By signing this consent, you acknowledge that you have been notified of our Privacy Practices and consent to the use and disclosure of your health information as provided in the Notice.

Our institution reserves the right to review, change, or amend the use and disclosure practices described in the notice at any time.

I, [PatientFullName], certify that I have read the provisions of this consent, that I understand it, and that I agree to the terms and conditions expressed herein.

[PATIENT SIGNATURE]

---

[Date.Today] [Date.Time]

---