

Long Island Center for Digestive Health
Consentimiento del Paciente y Acuse de Recibo de Prácticas
de Privacidad
Para Uso y/o Revelación de Información Médica Protegida
para Realización de Tratamientos, Pagos y Operaciones de Cuidado
de la Salud

Por medio del presente declaro que al firmar ese Consentimiento acepto y acuso recibo de la siguiente información:

1. Me han entregado el Aviso sobre Prácticas de Privacidad ("Aviso sobre Privacidad") correspondiente a Long Island Center for Center Digestive Health, LLC (el "Centro") antes de firmar el presente Consentimiento. El Aviso sobre Privacidad incluye una descripción de los usos y/o divulgaciones aceptados de mi información médica protegida ("PHI", por sus siglas en inglés) de parte del Centro. Entiendo que en el futuro, si lo solicito, habrá disponible una copia del Aviso sobre Privacidad para mí. El Centro me ha sugerido leer el Aviso sobre Privacidad con atención antes de firmar el presente Consentimiento. El Centro se reserva el derecho a modificar sus prácticas de privacidad descritas en este Aviso sobre Privacidad, de acuerdo con la ley aplicable.
2. Entiendo y autorizo el uso de los siguientes recordatorios de citas del Centro:
 - a. Una tarjeta postal que me enviarán al domicilio indicado; y/o
 - b. Llamado telefónico a mi hogar y mensaje en la contestadora automática.
3. Entiendo que si no firmo este Consentimiento indicando mi autorización respecto de los usos y divulgaciones descritos en el Aviso sobre Privacidad, el Centro no me tratará.

He leído y entendido el aviso precedente y han respondido a todas mis preguntas a mi entera satisfacción de una manera entendible.

Firma de Paciente o Representante Legal

Firma de Testigo

PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO

Imposibilidad de Obtener el Acuse de Recibo

Para ser completado sólo en caso de no poder obtener la firma del paciente. Si no es posible obtener el acuse de recibo del paciente, describa los esfuerzos de buena fe realizados para obtener el acuse de recibo del paciente, y los motivos por los cuales no se pudo obtener el mismo:

Firma de representante del Centro: _____

Nombre en letra de molde de representante del Centro: _____

Fecha: _____