



MISSION PEAK ORTHOPAEDIC MEDICAL GROUP, INC.

686 Mowry Avenue

Fremont, Ca. 94536

Telephone: (510) 797-3933

FAX: (510) 797-5184

CONSENTA EN EL EMPLEO Y DESCUBRIMIENTO DE INFORMACIÓN DE SALUD PARA TRATAMIENTO, PAGO, U OPERACIONES DE ATENCIÓN DE SALUD

NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEGURIDAD SOCIAL # _____

Entiendo que como la parte de mi atención de salud, esta organización origina y mantiene registros de salud que describen mi historial clínico, síntomas, examen y resultados de prueba, diagnósticos, tratamiento y cualquier proyecto para el futuro cuidado o el tratamiento.

Entiendo que esta información sirve como:

- O una base para planear mi cuidado y tratamiento.
- O el Medio de comunicación entre muchos profesionales de atención de salud que contribuyen a mi cuidado.
- O una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta(proyecto de la ley).
- O el Medio por el cual un pagador de tercero puede verificar que en realidad proporcionaron servicios facturados.
- O un instrumento para operaciones de atención de salud rutinarias como evaluación de calidad de cuidado y repasar la capacidad o de profesionales de atención de salud.

Entiendo que tengo el derecho:

- O Para oponerse al empleo de mi información de salud para objetivos de directorio.
- O Para solicitar restricciones en cuanto a como mi información de salud puede ser usada o revelado para realizar
- O el tratamiento, el pago u operaciones de atención de salud - y que no requieren que la organización esté de acuerdo
- O las restricciones solicitadas.
- O Para revocar este consentimiento por escrito, excepto al grado que la organización ya ha tomado medidas en la confianza o sobre eso.

Por la presente reconozco que he sido presentado con una copia Mission Peak Orthopaedic Medical Group, Inc. Aviso de Prácticas de Aislamiento.

Solicito las restricciones siguientes al empleo o el descubrimiento de mi información de salud:

La Información médica puede ser hablada con

- Paciente Sólo
- miembro de Familia o amigo _____
- Médico
- Otro _____

Mensajes detallados en cuanto a resultados de prueba pueden ser dejados(abandonados) sobre el contestador automático

- Sí
- No
- Número de teléfono _____

OTRAS RESTRICCIONES _____

PACIENTE:

X
Firma de Representante Paciente o Legal

Fecha

Firma de Testigo(Testimonio)