

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Comprendo que Northwest Gastroenterology Clinic y Servicios de Endoscopia de NGC (a continuación, denominados como "Esta práctica") utilizarán y divulgarán mi información médica.

Comprendo que mi **información médica** podría incluir información tanto creada como recibida por la práctica, podría presentarse en forma de registros escritos o electrónicos u orales, y podría incluir información sobre mi historial médico, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de análisis, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas y tipos similares de información relacionada con la salud.

Comprendo y acepto que Esta práctica podría utilizar y divulgar mi información médica para lo siguiente:

- Tomar decisiones y planificar mi atención y tratamiento
- Consultar, coordinar y gestionar mi atención y tratamiento con otros proveedores de atención médica
- Determinar mi elegibilidad para una cobertura de plan o seguro de salud, y enviar facturas, reclamos y otra información relacionada a las compañías de seguros u otros que podrían ser responsables de pagar parte o la totalidad de mi atención médica
- Desempeñar diversos cargos y funciones administrativas y comerciales que apoyen los esfuerzos de mi médico por brindarme atención médica rentable y de calidad y hacer arreglos para que la reciba, así como recibir un reembolso por ella

Además, comprendo que tengo derecho a recibir y revisar una descripción escrita de cómo Esta práctica manejará mi información médica. Esta descripción escrita se conoce como Aviso de prácticas de privacidad, y describe los usos y las divulgaciones realizadas de información médica y las prácticas de información seguidas por los empleados, el personal y otros empleados administrativos de Esta práctica, así como mis derechos respecto de la información médica.

Comprendo que el Aviso de prácticas de privacidad se podrá revisar periódicamente, y que tengo derecho a recibir una copia de cualquier Aviso de prácticas de privacidad revisado. También comprendo que se publicará una copia de la versión más actual del Aviso de prácticas de privacidad en vigencia de Esta práctica en el área de recepción y de espera.

Comprendo que tengo derecho a solicitar que parte o la totalidad de mi información médica no se utilice ni se divulgue de la manera descrita en el Aviso de prácticas de privacidad, y comprendo que "Esta práctica" no está obligada por ley a aceptar dichas solicitudes.

Con mi firma a continuación, acepto que he revisado y comprendido la información anterior y que he recibido o me han ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

Firmado por: _____ Fecha: _____
(Paciente)

O

Firmado por: _____ Fecha: _____
(Representante del paciente)

Descripción de la autoridad del representante: _____