



# ROSA GINECOLOGIA, PC

Karen T. Greene, M.D.,FACOG • Deanna E. Guthrie, M.D.,FACOG  
Mironda D. Williams, M.D.,FACOG

## CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Por la presente doy mi consentimiento para que Rosa and Gynecology, PC use y divulgue información de salud protegida ( **PHI** ) sobre mí para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica ( **TPO** ). El Aviso de prácticas de privacidad de Rosa Gynecology, PC proporciona una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones.

- Con este consentimiento, Rosa Gynecology, PC puede llamar a mi casa u otra ubicación alternativa y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude a la práctica a llevar a cabo TPO, como por ejemplo; (1) Recordatorios de citas con el nombre del médico, fecha y hora de la cita y nuestro número de teléfono, (2) Artículos de seguro, (3) Cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, incluidos resultados de laboratorio, entre otros. (Se dejará un mensaje para llamar a la oficina. Los resultados de laboratorio no se dejan en su correo de voz ni a ninguna persona sin su consentimiento).

DE ACUERDO \_\_\_\_\_ EN DESACUERDO \_\_\_\_\_

- Con este consentimiento, Rosa Gynecology, PC puede enviar por correo a mi casa u otra ubicación alternativa cualquier artículo que ayude al consultorio a llevar a cabo la TPO, como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones de pacientes.

DE ACUERDO \_\_\_\_\_ EN DESACUERDO \_\_\_\_\_

- Tengo derecho a solicitar que Rosa Gynecology, PC restrinja la forma en que usa o divulga mi PHI y TPO. Sin embargo, la práctica no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas, pero si lo hace, está sujeta a este acuerdo.

DE ACUERDO \_\_\_\_\_ EN DESACUERDO \_\_\_\_\_

- Tenemos su permiso para hablar con las siguientes personas sobre su PHI.

NOMBRE \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

**Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que Rosa Gynecology, PC use y divulgue mi PHI para llevar TPO.**

**Puedo revocar mi consentimiento por escrito excepto en la medida en que la práctica ya haya hecho divulgaciones basándose en mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, o posteriormente lo revoco, Rosa Gynecology, PC podrá negarse a brindarme tratamiento .**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha