

Consentimiento para utilizar O BIEN divulgar información para operaciones de tratamiento, pago o cuidados de salud

El paciente o su tutor autorizado legalmente da su consentimiento por la presente para que Southpoint Surgery Center, LLC utilice su información de salud identificatoria (“información de salud protegida”) para llevar a cabo las operaciones de tratamiento, pagos o cuidados de salud. El paciente debe leer la Notificación de prácticas de privacidad para la información de salud protegida (Notificación) de Southpoint Surgery Center, LLC para obtener una descripción más completa de los usos y divulgaciones potenciales de tal información. El paciente tiene el derecho de revisar tal notificación antes de firmar el formulario de consentimiento.

Southpoint Surgery Center, LLC se reserva el derecho de cambiar los términos de la Notificación de prácticas de privacidad para la información de salud protegida (Notificación) en cualquier momento. Si Southpoint Surgery Center, LLC cambia los términos de su Notificación, el paciente podrá obtener una copia actualizada de la Notificación.

Los pacientes tienen el derecho de pedir que Southpoint Surgery Center, LLC restrinja aún más cómo se utiliza o divulga su información de salud protegida al llevar a cabo nuestras operaciones de tratamiento, pagos o cuidados de salud. Southpoint Surgery Center, LLC no tiene que aceptar tales restricciones, sin embargo, si Southpoint Surgery Center, LLC acepta las reacciones pedidas por el paciente, las mismas serán vinculantes con Southpoint Surgery Center, LLC.

Southpoint Surgery Center, LLC podría comunicarse electrónicamente con un paciente, siempre y cuando nuestra organización ofrezca los resguardos razonables. Nuestras oficinas realizan todos los esfuerzos para proteger la Información de cuidados de salud privada. Los pacientes tienen el derecho de iniciar la comunicación mediante mensajería electrónica con su proveedor de cuidados de salud. Sin embargo, la comunicación externa por correo electrónico no está encriptada. Si prefiere tener resguardos adicionales, por favor, contáctese mediante fax o llamada telefónica a la oficina.

El paciente conserva el derecho de rechazar este Consentimiento. En todo momento, tal rechazo debe enviarse a Southpoint Surgery Center, LLC por escrito. El rechazo será efectivo, salvo que Southpoint Surgery Center, LLC ya haya emprendido alguna acción que dependa de este Consentimiento

Southpoint Surgery Center, LLC puede rechazar el tratamiento de un paciente si él/ella (o un representante autorizado) no firma este Formulario de consentimiento (excepto si la ley requiere que Southpoint Surgery Center, LLC trate al individuo). Si el paciente (o un representante autorizado) firma este Formulario de consentimiento y luego lo rechaza, Southpoint Surgery Center, LLC tiene el derecho de negarse a continuar con el tratamiento del paciente al momento del rechazo (salvo que la ley requiera que Southpoint Surgery Center.

Autorizo la liberación de mi información médica a las siguientes compañías, individuos y/o sistema escolar:

Nombre	Relación	Número de teléfono
--------	----------	--------------------

Nombre	Relación	Número de teléfono
--------	----------	--------------------

Además, doy mi consentimiento para el tratamiento que sea necesario para cuidar de la persona nombrada a continuación, por la cual soy legalmente responsable. Autorizo la liberación de todos los registros médicos a los médicos referentes o de cuidados primarios, o a otros médicos según sea necesario para el tratamiento, y a mi compañía de aseguración de salud, si aplica. Por último, reconozco mi consentimiento para liberar los Registros médicos y/o información a la escuela, o entrenador de mi dependiente/hijo/a como esfuerzo para coordinar los deportes o la actividad física. Autorizo la transmisión de información médica por fax. Autorizo a mi compañía de seguro médico a que utilice la información médica según sea razonablemente necesario para la administración adecuada del plan de salud. También reconozco la responsabilidad financiera completa para los servicios prestados por Southpoint Surgery Center, LLC.

LEÍ Y ENTENDÍ ESTA INFORMACIÓN. RECIBÍ UNA COPIA DE LA NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD, Y SOY EL PACIENTE O TENGO LA AUTORIZACIÓN PARA ACTUAR POR PARTE DEL PACIENTE PARA FIRMAR ESTE DOCUMENTO QUE VERIFIQUE EL CONSENTIMIENTO A LOS TÉRMINOS INDICADOS ANTERIORMENTE.



7810 NC HWY 751 ste 100

Durham NC, 27713

PH: 984-312-7997

Autorizo la liberación de la información médica a los prestadores de seguro, y autorizo el pago del seguro directamente a Southpoint Surgery Center, LLC. También entiendo que mi médico podría tener que acceder a mi historial de medicación, y podría trabajar en conjunto con mi farmacia y/o prestador de seguros para ofrecer un tratamiento médico preciso. Soy responsable de todos los cargos de copago, y de aquellos pagos denegados o que mi seguro no cubra

FIRMA: _____ FECHA: _____

Al firmar abajo usted autoriza a Southpoint Surgery Center, LLC a comunicarse con usted mediante correo electrónico y también con terceros tales como médicos, administradores de enfermeras, compañías de seguridad, ajustadores y empleados. No se puede garantizar que el correo electrónico sea una forma de transmisión segura o libre de errores, ya que la información podría interceptarse, corromperse, perderse o destruirse.

FIRMA: _____ FECHA: _____