Prima CARE P.C.

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PARA EL PAGO, TRATAMIENTO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del paciente:_____Fecha de nacimiento:_____
Apellido *Nombre* *Inicial segundo nombre*

Domicilio:_____

Ciudad:_____Estado:_____Cód. postal_____Email:_____

Tel. de domicilio:_____Celular:_____

ACUSO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL CONSULTORIO:
Al firmar abajo, acuso recibo de una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del consultorio.

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR MI INFORMACIÓN MÉDICA GENERAL:
Con mi firma abajo, por la presente autorizo al Consultorio a divulgar mi información médica para que el Consultorio puede tratarme, solicitar pago de terceros por dicho tratamiento y conducir las prácticas generales de atención médica del Consultorio (ej.: aseguramiento de la calidad). Además, autorizo al Consultorio a divulgar mi información médica a seguros y proveedores fuera del Consultorio cuando sea necesario para que estos proveedores puedan tratarme, solicitar pago por ese tratamiento y con el propósito de sus operaciones de atención médica. **También autorizo al Consultorio a divulgar mi información médica en mi contestador automático/correo de voz de mi casa y a mi cónyuge, hijos y los siguientes parientes y amigos: _____**

Este consentimiento permanecerá en efecto mientras usted esté bajo la atención de cualquier médico de Prima CARE P.C.

MI INFORMACIÓN ALTAMENTE CONFIDENCIAL:

Comprendo que mi expediente médico contiene actualmente o podría contener en el futuro los siguientes tipos de información altamente confidencial. Al firmar abajo, yo específicamente autorizo la divulgación de dicha información de mi expediente médico a seguros y proveedores fuera del Consultorio con el propósito de obtener tratamiento para mí, el pago del tratamiento provisto y para que estas entidades puedan realizar sus operaciones de atención médica:

- Información de estado de VIH/SIDA
- Información sobre pruebas genéticas
- Información sobre enfermedades venéreas
- expedientes de mamografías
- información de servicios de planificación familiar o formularios de autorización de aborto
- información relacionada con archivos de programas comunitarios de salud mental
- Información sobre el tratamiento por abuso de sustancias (alcohol o drogas)
- Si soy un menor emancipado, información sobre mi tratamiento y diagnosis (excepto a mis padres)
- Información relacionada con comunicaciones confidenciales con un psicoterapeuta, sicólogo, trabajador social, consejero de asalto sexual, consejero de violencia doméstica u otro profesional de salud mental o profesional de servicios humanos

Aviso al paciente: tache cualquiera de los puntos de arriba, si usted no desea que la información sea divulgada por el Consultorio.

La ley de Massachusetts requiere que los proveedores reporten la información de vacunación a un registro de vacunación computarizado conocido como Sistema de Información de Vacunación de Massachusetts (MIIS). El MIIS guarda registros de vacunación para usted y su proveedor de atención médica y puede ayudar a prevenir brotes de enfermedades como el sarampión y la gripe. Toda información en el MIIS se mantiene segura y confidencial. El MIIS permite compartir información con proveedores de atención médica, enfermeros escolares, juntas locales de salud y agencias estatales relacionadas con la vacunación. Usted tiene el derecho de objetar el compartir su información de vacunación entre proveedores del MIIS.
Para más información, visite el sitio web de MIIS en www.mass.gov/dph/miis o contacte al Programa de Vacunación de Massachusetts al 617-983-6800 o 888-658-2850.

_____ _____
Firma del paciente *Fecha*

Si el paciente es un menor no emancipado o incapacitado de otra manera (física o mentalmente), obtenga las siguientes firmas:

_____ _____ _____
Firma del representante personal *Descripción de autoridad* *Fecha*

Prima CARE PC se compromete a proteger su información personal, pero no puede garantizar la protección contra todas las amenazas de seguridad. Prima CARE PC no será responsable de ningún daño causado por una revelación de la confidencialidad con respecto a su uso del sistema de mensajes de Prima CARE a menos que haya sido causado por Prima CARE.
Al brindar un número de teléfono celular o dirección de e-mail a Prima CARE PC, usted acuerda con recibir recordatorios, información de citas, y avisos del Portal de Salud.
Al brindar esta información, usted certifica que es mayor de dieciocho años, es (a) el paciente o (b) el tutor legal del paciente.

Términos y condiciones: Tarifas de mensajes y datos pueden aplicar. La frecuencia de mensajes depende de la configuración de cuenta. Llame al consultorio médico de Prima CARE para recibir ayuda o asistencia.