

Rehabilitation Physicians of Georgia, P.C.

Forma para obtener consentimiento del paciente nuevo:

Esta forma es para obtener el consentimiento del paciente nuevo para el uso, acceso, presentación y divulgación de la información sobre su salud, para tratamientos, pagos y por cualquier otra razón relacionada con su cuidado médico

Yo, _____ entiendo que como parte de los cuidados médicos para mi salud, el grupo de médicos que ayudan a mi rehabilitación, **REHABILITATION PHYSICIANS OF GEORGIA, P.C.** originan y mantienen records, historial médico y expedientes en papel y/o en forma electrónica, los cuales describen la información sobre mi salud, los síntomas, los resultados de los exámenes y de las pruebas, diagnosis, tratamientos y cualquier plan indicado para mi cuidado, para seguimiento, o para un tratamiento en el futuro. Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planear los cuidados de mi salud y los tratamientos;
- Un medio adecuado de comunicación entre los varios profesionales en el campo médico que contribuyen al cuidado de mi salud;
- Una fuente de información para colocar mi historial médico, los diagnósticos, exámenes, operaciones y/o tratamientos en mi cuenta;
- Un medio por el cual cualquier tercero que esté encargado de pagar por los servicios médicos, pueda verificar que los servicios cobrados hayan sido proporcionados tal y como descritos; y
- Una herramienta eficaz para los seguimientos rutinarios sobre los cuidados médicos, tales como el poder determinar la calidad de los servicios médicos y supervisar la capacidad de los profesionales médicos encargados de los cuidados de la salud de los pacientes.

Entiendo y se me ha proporcionado una copia del '**Aviso sobre las prácticas de uso de información sobre la salud**', el cual da una descripción más completa de los usos y de la necesidad de accesos a la información médica. Entiendo también que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho de revisar el Aviso antes de dar mi autorización y firmar la forma para dar mi consentimiento;
- El derecho de objetar u oponerme al uso de la información sobre mi salud para que esta sea publicada en el Directorio; y
- El derecho de imponer restricciones en cuanto a la forma y a quien la información sobre mi salud es dada, bien sea para la continuación de tratamientos, por razones de pago, o por cualquier otra razón relacionada con los servicios de mi cuidado médico.

Entiendo que esta organización, el grupo médico **REHABILITATION PHYSICIANS OF GEORGIA, P.C.** no tiene la obligación de convenir con las restricciones pedidas. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento por escrito, exceptuando el caso de que la organización ya haya tomado medidas que requerían o dependen de esta información. Entiendo también que si yo rechazo firmar este consentimiento, o si revoco dicho consentimiento, puedo causar que la organización rechace darme o continuar dándome tratamiento según y cómo es permitido bajo la Sección 164.506 del Código de Regulaciones Federales.

Entiendo además que **REHABILITATION PHYSICIANS OF GEORGIA, P.C.** reserva el derecho de cambiar o modificar su Aviso y sus prácticas; y antes de implementar dichos cambios, de acuerdo con a la Sección 164.520 del Código de Regulaciones Federales, ofrecerá notificación apropiada. En el caso de que **REHABILITATION PHYSICIANS OF GEORGIA, P.C.** haga cambios en el Aviso, la organización enviará por correo una copia del cambio y del Aviso revisado a la dirección que usted nos ha proporcionado. (Bien sea por correo postal en los Estados Unidos, o a su dirección electrónica - email).

Deseo hacer la(s) siguiente(s) restricción(es) en el uso o en la divulgación de la información sobre la información de mi salud:

Entiendo que como parte de los tratamientos, pagos, y servicios para el cuidado de mi salud, puede llegar a ser necesario para esta organización el dar acceso, presentar o dar mi historial médico u otra información sobre mi salud, que yo haya querido tener protegida y en privado, a otra entidad, y estoy de acuerdo de que tal información sea pasada, presentada o usada para los usos permitidos, y eso puede incluir su uso a través de un telefax.

- * Entiendo completamente y acepto los términos de este consentimiento _____
- * Declino los términos de este consentimiento _____

Firma del Paciente

Fecha

PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

- Consentimiento recibido del paciente _____ Recibido por _____
- Consentimiento rechazado por el paciente. Tratamiento rechazado según como permitido.
- El consentimiento se ha agregado al expediente/historial médico del paciente.
