

DIGESTIVE DISEASE CONSULTANTS, P.A.

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACION PARE EL TRATAMIENTO, PAGOS Y OPERACIONES DEL CUIDADO MEDICO.

Autorizo por este medio a Digestive Disease Consultants, P.A. para utilizar y/o divulgar mi informacion medica que me identifica o que razonablemente puede identificarme para realizar mi tratamiento, pagos, y operaciones del cuidado medico. Entiendo que aunque este consentimiento es voluntario, si yo rechazara el firmar este consentimiento, Digestive Disease Consultants, P.A., puede rehusar tratarme.

He sido informado que Digestive Disease Consultants, P.A. ha preparado una "notificacion" en el cual describe mas detallado el uso y el manejo de mi informacion medica que me puede identificar como paciente para el tratamiento, pagos y operaciones del cuidado medico. Entiendo que tengo el derecho de revisar tal "notificacion" antes de firmar este consentimiento.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento siempre y cuando le deje saber a Digestive Disease Consultants, P.A., por escrito. De revocar mi consentimiento, tal revocacion no afectara ninguna accion que Digestive Disease Consultants, P.A., tome antes de recibir mi revocacion.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar que Digestive Disease Consultants, P.A., restrinja la manera en que la informacion medica que me identifica sea utilizada y/o divulgada para realizar operaciones del cuidado medico, tratamiento y pagos. Entiendo que Digestive Disease Consultants, P.A., no tiene que estar de acuerdo con las restricciones solicitadas, pero de asi hacerlo, se tendra que atener a tales restricciones.

Nombre en letra de molde (Printed name of patient)

Firma del paciente (Signature of patient)

Date

Si el paciente no puedo firmar: (If patient unable to sign)

Nombre del que representa al paciente (Printed Name of Patient's Representative)

Firma del que representa al paciente (Signature of Patient's Representative)

Date