

JUSTUS ORTHODONTICS, LLC
Barnes Road Professional Campus
11790 SW Barnes Road, Suite 390
Portland, Oregon 97225
Phone: (503) 352-3800

**CONSENTIMIENTO PARA USAR Y COMPARTIR
INFORMACION MEDICA**

Sección A: CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ **Correo Electrónico:** _____

Paciente #: _____ **Número de Seguro Social:** _____

Sección B: AL PACIENTE – POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE INFORMADO CON ATENCION

Propósito del Consentimiento: Al firmar esta forma, usted nos da permiso para usar su información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pagos y operaciones en el campo de la salud.

Aviso de las Prácticas de Privacidad: Usted tiene el derecho de leer nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad antes de decidir firmar este Consentimiento. Nuestro Aviso incluye una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pagos y operaciones en el campo de la salud y cómo usamos y compartimos su información médica protegida y otros asuntos importantes sobre su información médica protegida. Una copia de nuestro Aviso está disponible para usted. Por favor, léalo completamente antes de firmar este Consentimiento.

Tenemos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad descritas en nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, le prooveremos una copia actualizada del Aviso de las Prácticas de Privacidad con los cambios que hemos hecho. Esos cambios pueden aplicarse a cualquier información que tenemos en cuanto a su información médica protegida.

Usted puede obtener una copia de nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad, incluso las actualizaciones de nuestro Aviso, al contactar a:

Coordinadora: Nadia Gutierrez

Teléfono: (503) 352-3800

Fax: (503) 352-0207

Dirección: 11790 SW Barnes Rd., Ste. 390, Portland, OR 97225

El Derecho a Revocar: Usted tendrá el derecho de revocar este Consentimiento en cualquier momento a través de un escrito de su revocación sometido a la persona de contacto de arriba. Por favor, entienda que esta revocación no afectará las acciones previas que pudimos haber tomado antes de recibir su revocación y podemos rehusar a atenderle o dejar de seguir con su tratamiento si usted revoca este Consentimiento.

FIRMA

Yo, _____, he tenido la oportunidad de leer y considerar bien el contenido de esta forma de Consentimiento y sus Avisos de Prácticas de Privacidad. Yo entiendo que al firmar este Consentimiento, yo les doy permiso para usar y compartir mi información de salud protegida para llevar a cabo tratamiento, actividades de pagos, y operaciones en el campo de la salud.

Firma _____ **Fecha:** _____

Usted debe completar lo siguiente si este Consentimiento está firmado por un representante personal por parte del paciente:

Nombre del representante personal: _____

Relación al paciente: _____

USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO DESPUES DE FIRMARLO. Una copia de este Consentimiento estará archivada en el expediente del paciente.