

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO EN ARECIBO

**Oficina de Servicios Médicos**

**Consentimiento para Usar y/o Divulgar Información de Salud  
para Propósitos de Tratamiento, Pago u Operaciones de la Oficina de Servicios Médicos**

La ley federal Health Insurance Portability and Accountability Act (**HIPAA**) del 1996 requiere que se le notifique al paciente la política de privacidad y confidencialidad de la entidad y que se evidencie dicha notificación. La Carta de Derechos y Obligaciones del Paciente requiere que para poder proveerle nuestros servicios debemos obtener su consentimiento para utilizar y divulgar su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago y otras transacciones u operaciones para el cuidado de la salud que lleva a cabo nuestra Oficina.

Para cumplir con estas dos disposiciones de ley, le hemos entregado la notificación de la Política de Privacidad y Confidencialidad y de este consentimiento para usar y divulgar su información de salud. Al firmarlo usted reconoce haberse enterado de nuestra Política de Privacidad y Confidencialidad y consiente al uso y divulgación de su información de salud según se describe en dicho documento.

Por favor, revise este consentimiento con mucho cuidado. Luego de revisar usted este documento y estar de acuerdo con sus términos y condiciones, fírmelo y anote la fecha donde se indica. Al firmar este consentimiento usted autoriza a que nuestra Oficina conforme a la ley, use y divulgue su información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos o transacciones y para aspectos operacionales de nuestra Oficina.

Usted tiene el derecho a solicitar a nuestra Oficina restricciones en cuanto al uso y divulgación que hagamos de su información de salud para efectos de tratamiento, pagos o cualquier otra transacción u operación para el cuidado de su salud de conformidad con las disposiciones de ley al efecto. No obstante, nuestra Oficina no está obligada a aceptar su solicitud de restricciones. Sin embargo, si se aceptan las restricciones de uso o divulgación solicitadas por usted, dichas restricciones se convierten en obligatorias y nuestra Oficina deberá cumplirlas.

Con la firma de este consentimiento usted autoriza a nuestra Oficina, nuestros empleados (de conformidad con la ley federal HIPAA incluye además de los empleados (a)s, las personas que realizan trabajo voluntario para la organización) y sus asociados de negocio usen y divulguen su información de salud protegida para efectos de tratamiento, pago, transacciones y operaciones para el cuidado de su salud.

Usted tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en tanto y en cuanto nuestra Oficina, nuestros empleados y/o asociados de negocio hayan tomado alguna acción de uso y/o divulgación basado en el mismo.

De usted necesitar o interesar examinar en más detalle nuestra Política de Privacidad y Confidencialidad antes de firmar este documento, puede solicitar la misma al Oficial de Privacidad de nuestra Oficina de Servicios Médicos. Por favor, observe que conforme a la legislación aplicable, nuestra Oficina se reserva el derecho de revisar, modificar o enmendar la política y práctica sobre uso y divulgación descrita en la notificación en cualquier momento. De usted interesar la notificación revisada y enmendada, favor de así solicitarla al Oficial de Privacidad de la Oficina de Servicios Médicos.

Yo, \_\_\_\_\_ certifico que he leído las disposiciones de este consentimiento,  
Nombre del Estudiante

que lo entiendo y que estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresados en el mismo.

Firma del Paciente : \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Tutor del Paciente : \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Tutor del Paciente : \_\_\_\_\_

Fecha : \_\_\_\_\_

**USO EXCLUSIVO DE LA INSTITUCIÓN**

Se entregó las copias o la información fue divulgada

Por : \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_