

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE RIO PIEDRAS
DECANATO DE ESTUDIANTES
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS
787-764-0000, extensiones 86572, 86562

Nombre del Paciente

Número de Estudiante

CONSENTIMIENTO PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PARA PROPÓSITOS DE TRATAMIENTO, PAGO U OPERACIONES DEL DEPARTAMENTO

La ley federal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) del 1996 y la Carta de Derechos y Obligaciones del Paciente requiere que para poder proveerle nuestros servicios a los pacientes 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 nuestro Departamento.

Nuestros pacientes deben entender que como parte del cuidado de salud, nuestro Departamento de Servicios Médicos origina y mantiene expedientes de salud de sus pacientes, los cuales que contienen su historial de salud, resultados de pruebas, síntomas, exámenes de diagnóstico, tratamientos y planes de cuidado de salud. Esta información puede ser utilizada para: a) planificar su cuidado y tratamiento, b) medio de comunicación entre los profesionales que participan de su cuidado de salud, c) como fuente de información para determinar un diagnóstico médico quirúrgico, d) para fines de auditorías de utilización de servicios por parte de los planes y seguros médicos, e) para fines de auditorías de calidad y efectividad de los servicios.

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

El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en tanto y en cuanto nuestro Departamento, nuestro(a)s empleado(a)s y asociados de negocio hayan tomado alguna acción de uso y/o divulgación basado en el mismo.

Nuestros pacientes al momento de recibir por primera ocasión nuestros servicios, reciben una copia de nuestra Política de Privacidad y Confidencialidad. De usted interesar examinar en detalle dicha Política puede solicitarla al Oficial de Privacidad de nuestro Departamento de Servicios Médicos. Este consentimiento cobrará efectividad al momento de solicitar y recibir servicios médicos en nuestro Departamento el paciente objeto del mismo.

Certifico que he leído las disposiciones de este consentimiento, que lo entiendo y que estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresados en el mismo.

Firma del Paciente

Firma del Padre o Tutor del Paciente

Nombre del Padre o Tutor del Paciente

Fecha

