

Valley Vein and Vascular Surgery

Sammy Zakhary, MD, PC

Dana Garner, NP

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Consentimiento para Compartir su Información

Si _____ No _____ Ustedes *pueden/no pueden* discutir o dar mis resultados médicos o cualquier cuestión médica con: _____.

Si _____ No _____ Ustedes *pueden/no pueden* dejar mensaje en mi correo de voz con relación a cuestiones médicas, resultados de laboratorio, medicamentos, citas, etc.

El mejor número de teléfono para contactarme es él: _____.

Acuse de Recibo del Aviso de Practicas de Privacidad

Al firmar por debajo, yo reconozco que yo eh recibido una copia de Sammy A. Zakhary, MD, PC's "Aviso de Practicas de Privacidad". Este aviso describe como Sammy A. Zakhary, MD, PC puede utilizar y revelar información de salud protegida, ciertas restricciones en el uso y revelación de mi información de mi cuidado de salud, y derechos que yo pueda tener con respecto a mi información de salud protegida.

Consentimiento para Usar o Revelar mi Información

Yo por este medio permito a Sammy A. Zakhary, MD, PC de usar mi información de salud, y/o de revelar mi información de salud a cualquier tercer pagador, o a cualquier partido involucrado en mi cuidado de salud.

Yo entiendo que hay una Aviso de Practicas de Privacidad publicado en el área de recepción de la práctica, disponible para que usted lea.

Este consentimiento debe ser esforzado y en efecto con tal de que yo sea un paciente de la práctica. Yo entiendo que yo tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento mandando una notificación escrita a mi medico(s) en esta práctica. Yo entiendo que la información usada o revelada de conformidad a esta autorización puede ser sujeto a nueva divulgación por el recipiente y puedo ya no estar protegida por la ley estatal o federal.

Yo también entiendo que tengo el derecho de:

- ✓ Revisar o copiar la información de salud protegida para ser usada o revelada según lo permitido por la ley estatal o federal (o la ley estatal en la medida en que la ley estatal otorga mayores derechos de acceso).
- ✓ Negarme a firmar es consentimiento

Firma del Paciente o Guardián: _____

Fecha Firmado: _____