



**Por favor escriba sus iniciales que ha leído cada sección y su firma en la parte inferior**

**Cancelación/NoShowPolicy:** *La clínica de terapia física Paradigm requiere 24 horas de anticipación para la cancelación de una cita. Un cargo de \$50.00 será aplicado por cancelar o no presentarse a su evaluación inicial. Hay un cargo de \$25.00 por no presentarse o cancelación sin previo aviso apropiado. Este cargo no está cubierto por su seguro. Entendemos que las circunstancias atenuantes pueden ocurrir por eso permitiremos una cancelación antes de cargar un honorario. Por cada cancelación o de no presentarse más allá de una vez, se evaluará un honorario de \$25.00. Este cargo será cobrado automáticamente de la tarjeta de crédito que tenemos en nuestros archivos. Mantener sesiones de tratamiento regular es esencial para los resultados positivos. Cancelaciones repetidas o ausencias obstaculizan su atención y pueden resultar en descarga de nuestra clínica.*

*Es igualmente importante que seáis puntuales a su cita programada. Eres Bienvenido a llamar con antelación para solicitar un tiempo antes o después. Estaremos encantados de honrar su petición si se dispone de otras veces cita, sin embargo, simplemente llegar tarde o temprano cambia el curso de tratamiento para usted y otros. No podemos garantizar que seremos capaces de tratarlo si estás más de 10 minutos tarde a una cita. Asimismo, se le pedirá que esperar hasta la hora de su cita programada Si llegas más de 10 minutos antes de su cita. Con el fin de proporcionarle la mejor atención posible, le pedimos que lleguen a la hora de su cita.*

*Nos tomamos en serio estas políticas porque cuando un paciente pierde una cita, tres personas son afectados negativamente:*

- 1. Usted, el paciente – para no recibir el tratamiento que necesita.*
- 2. Su terapeuta – como él o ella tiene ahora un hueco en la agenda.*
- 3. Otro paciente – que podría haber tenido su hora de la cita.*

*Por favor, entienda que su dolor puede fluctuar como tu curso progresa de tratamiento y antes de completar la terapia. Tener dolor o no tener dolor no es razones para cancelar o no se presenta para su tratamiento programado. Si usted está sufriendo, es importante entrar porque hay tratamientos disponibles y/o modificaciones de programa que pueden ayudar a aliviar su dolor. Asimismo, si usted está experimentando menos dolor, es importante seguir el curso del tratamiento para corregir las causas subyacentes de su lesión para evitar futuros contratiempos.*

**Política de Consentimiento:** *Doy mi consentimiento a Paradigm Physical Therapy and Wellness para realizar fisioterapia y proveer datos de facturación médica necesaria para procesar reclamaciones de seguros por mis servicios médicos. También doy permiso para la liberación de información médica por fax a mi proveedor de referencia médica y cualquier proveedor médico que participe en el cuidado de mi estado actual. Incluso autorizo que se use una copia de mi autorización en lugar del documento original. Niños menores de 14 años de edad deben estar acompañados por un padre o tutor durante el tiempo de tratamiento. En el caso de que niños menores de edad se transporten solos o vengán sin sus padres, al firmar a continuación, los padres autorizan la continuación del tratamiento y dejan fuera de*

cualquier responsabilidad a Paradigm Physical Therapy en el período de transporte hacia y desde nuestra clínica.

**Política de Reembolso:** Debido a la incertidumbre de los deducibles, co-pago, y co-seguro adeudados en el momento del servicio, Paradigm Physical Therapy podría recoger cantidades equivocadas. Una conciliación de su cuenta se producirá 30 días después de la terminación del tratamiento y 30 días después de que todos los pagos se reciban de los seguros. Un reembolso será emitido dentro de los 30 días de su conciliación de cuentas. Circunstancias especiales se revisarán caso por caso.

**Reconocimiento de los Derechos de Privacidad:** Mi firma confirma que he sido informado de mis derechos de privacidad con respecto a mi información de salud la cual es protegida por la Portabilidad del Seguro de Salud y Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA). Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Proporcionar y coordinar mi tratamiento entre un número de profesionales de salud que puedan estar involucrados en mi tratamiento directamente e indirectamente.
- Obtener el pago de cualquier otro asesor externo para mis servicios de atención de salud.
- Conducta normales de operaciones de cuidado de salud, tales como la evaluación de calidad y actividades de mejoramiento.

Habrá alguien al que usted le dé permiso de su cuidado? No Si, Nombre(s):

- 
- Acceso a mi información financiera, con el fin de pagar cualquier deducible, coaseguro o copago de los pagos o cualquier otro en mi cuenta.
  - Capacidad para programar, cancelar y/o descarga las citas de terapia.
  - Capacidad para adquirir información del fisioterapeuta o asistente de terapia física con respecto a mi tratamiento de paradigma.
  - Cualquier otra información especificada por el paciente. Por favor lista de abajo:
- 
- 

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Entiendo que tengo que ser notificada/o por escrito de cualquier cambio de declaración o restricciones de otro tipo de información que se han dicho anteriormente.

He leído las políticas mencionadas y estoy de acuerdo con los términos.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Pasado historial médico (marque lo que corresponda):**

- Enfermedades del corazón*
- Ataque al corazón*
- Cirugía del corazón*
- Angina*
- COPD*
- Derrame Cerebral*
- TIA*
- Alta Presión*
- Asma o enfermedades pulmonares*
- Diabetes*
- Ulcera*
- Enfermedad intestinal*
- Enfermedad del riñón*
- Enfermedad del hígado*
- Anemia o otras enfermedades de la sangre*
- Obesidad*
- Cáncer*
- Depresión*
- Osteoartritis*
- Artritis reumática*
- Osteoporosis*
- Dolor de Espalda*
- Enfermedad de Lyme*
- Bronquitis*
- Ataques*

- Alergias*
- Dolores de Cabeza*
- Fiebre Reumática*
- Enfermedades Sexuales*
- Alcoholismo*
- audición, visión, problemas del habla y / o de comunicación*
- Cirugía: \_\_\_\_\_*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sus síntomas están:**

- Peor*
- Igual*
- Mejor*

**En Este Momento Esta?**

- embarazada (pacientes femeninas solamente)*
- Bajo Estrés*
- Deprimida*

**Fecha de su último examen físico:**

\_\_\_\_\_

**En general, como diría que esta su salud?**

- Excelente*
- Muy Bien*
- Bien*
- Más o Menos*
- Mal*

**Hace ejercicio?**

- Poco: 1 a 2 veces por semana*
- Moderado: 3 a 4 veces por semana*
- Fuerte: 4 a 6 veces por semana*

**En los últimos 3 meses a tenido?**

- Cambios de salud*
- Nausea o vomito*
- Fiebre o escalofríos*
- Cambios inexplicados de peso*
- Entumecimiento o hormigueo*
- Cambio de Apetito*
- Dificultad al comer*
- Cambios en el intestino o la vejiga*
- Infeción de orina*
- Falta de Aliento*
- Mareos*
- Infeción en la vía respiratoria*

**Se a caído en los últimos 12 meses?**

Si No # de caídas \_\_\_\_\_

**Fuma o masca tabaco en este momento o en el pasado?** Si No

**Tiene usted otro problema de salud que no esta incluido en la lista? Si la respuesta es si, porfavor explique?**

**Lista de medicamentos que toma:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Toma Bebidas Alcohólicas?** Si No

*Si la respuesta es si, cuantas bebidas por semana?* \_\_\_\_\_

---

---

---

**Nivel más alto de escuela completado...**

- Menos que Preparatoria*
- Graduado de Preparatorio*
- Graduado del colegio*
- Escuela de postgrado o título*

**Dosis:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# **Aviso de prácticas de información médica protegida (Política de privacidad)**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED UTILIZADO Y DIVULGADO Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVIÉSELO CUIDADOSAMENTE.**

## **Propósito de la Notificación**

Bajo las regulaciones federales de privacidad de la atención médica que pertenecen a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 establecidas en 45 CFR § 160.101 et seq. (las "Regulaciones de privacidad"), Paradigm Physical Therapy and Wellness se requiere para proteger la privacidad de su información de salud individualmente identificable, que incluye información sobre su historial de salud, síntomas, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento e historial de reclamos y pagos. También estamos obligados a proporcionarle este Aviso de prácticas de información médica protegida con respecto a nuestros deberes legales, políticas y procedimientos para proteger y mantener la privacidad de su información de salud ("el Aviso"). No utilizaremos ni divulgaremos su información de salud a excepción de lo dispuesto en este Aviso. Sin embargo, nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso y hacer nuevas disposiciones de notificación para toda su información de salud que mantenemos.

## **Usos permitidos y divulgaciones de su información de salud**

- 1) **Usos y divulgaciones con el consentimiento del paciente:** conforme a las Regulaciones de privacidad, después de haber realizado esfuerzos de buena fe para obtener su acuse de recibo de este Aviso, se nos permite usar y divulgar su información de salud para los siguientes fines:
  - a. **Tratamiento.** Se nos permite usar su información médica en la provisión y coordinación de su atención médica. Podemos divulgar la información contenida en su registro médico a su proveedor de atención médica primaria, proveedores de consultoría y otro personal de atención médica que necesite dicha información para su atención y tratamiento. Por ejemplo, su proveedor de atención médica puede divulgar su información de salud cuando consulte con un médico sobre su condición médica.
  - b. **Pago.** Se nos permite usar su información de salud para determinar cobertura, facturación, administración de reclamos, procesamiento de datos médicos y reembolso. Esta información puede ser divulgada a una compañía de seguros, a un tercero pagador u otras entidades autorizadas involucradas en el pago de su factura médica y puede incluir copias de partes de su registro médico que sean necesarias para el pago de su cuenta. Por ejemplo, una factura enviada a su compañía de seguros puede incluir información que lo identifique a usted, a su diagnóstico y a los procedimientos y suministros utilizados en su tratamiento.
  - c. **Operaciones de atención médica.** Se nos permite usar y divulgar su información de salud durante las operaciones de atención médica de rutina de Práctica, que incluyen, entre otras, el control de calidad, revisiones de utilización, revisiones médicas, auditorías, acreditación, certificación, licencias o actividades de acreditación y para fines educativos.
    - a) .
- 2) **Usos y divulgaciones con autorización del paciente.** Conforme a las Regulaciones de privacidad, podemos usar y divulgar su información médica para fines distintos del tratamiento, pago u operaciones de atención médica con su autorización por escrito. Por ejemplo, con su autorización, podemos proporcionar su nombre y condición médica a las compañías que podrían proporcionarle artículos o servicios útiles. Bajo las Regulaciones de Privacidad, usted puede revocar su autorización; sin embargo, dicha revocación no tendrá ningún efecto sobre el uso o la divulgación de su información médica antes de que recibamos la revocación.
- 3) **Usos y divulgaciones con la oportunidad del paciente de aceptar u objetar verbalmente.** Bajo las Regulaciones de privacidad, se nos permite divulgar su información médica sin su consentimiento o autorización por escrito a un miembro de la familia, un amigo personal cercano o cualquier otra persona identificada por usted, si la información es directamente relevante a la participación de esa persona en su atención o tratamiento. Debe ser notificado con anticipación del uso o divulgación y tener la oportunidad de aceptar u objetar verbalmente.
- 4) **Usos y divulgaciones sin un acuse de recibo, autorización u oportunidad para acordar u objetar verbalmente.** Bajo las Regulaciones de Privacidad, estamos autorizados a usar o divulgar su información médica sin su consentimiento, autorización o la oportunidad de aceptar verbalmente u objetar con respecto a lo siguiente:
  - a. **Usos y Revelaciones Requeridas por la Ley.** Revelaremos su información médica cuando así lo exija la ley.
  - b. **Actividades de salud pública.** Podemos divulgar su información médica para informes de salud pública, informes de enfermedades transmisibles y estadísticas vitales y otras circunstancias similares.
  - c. **Abuso y negligencia.** Podemos divulgar su información de salud si tenemos una creencia razonable de abuso, negligencia o violencia doméstica
  - d. **Agencias regulatorias.** Podemos divulgar su información médica a una agencia de supervisión de atención médica para actividades autorizadas por la ley, incluidas, entre otras, licencias, certificaciones, auditorías, investigaciones e inspecciones. Estas actividades son necesarias para que el gobierno y ciertas agencias privadas de supervisión de la salud monitoreen el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de los derechos civiles.
  - e. **Procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos divulgar información de salud en procedimientos judiciales y administrativos, así como en respuesta a una orden de un tribunal, tribunal administrativo o en respuesta a una citación, una citación, una orden judicial, una solicitud de descubrimiento o una solicitud legal similar.

**Propósitos de aplicación de la ley.** Podemos divulgar su información médica a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley cuando así lo exija la ley.

- a. **Médicos forenses, directores de funerarias.** Podemos revelar su información médica a un médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de la muerte. También podemos revelar su información médica a directores de funerarias, según sea necesario, para llevar a cabo sus funciones.
  - b. **Investigación.** Bajo ciertas circunstancias, podemos divulgar su información de salud a los investigadores cuando su estudio de investigación clínica haya sido aprobado por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y siempre que existan ciertas garantías para garantizar la privacidad y protección de su información de salud.
  - c. **Amenazas a la salud y seguridad.** Podemos usar o divulgar su información de salud si creemos, de buena fe, que el uso o la divulgación es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público.
  - d. **Militares / Veteranos.** Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información médica según lo exijan las autoridades Del comando militar.
  - e. **Compensación a los trabajadores.** Podemos divulgar su información médica en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores u otros programas similares.
  - f. **Márketing.** Podemos usar o divulgar su información de salud para realizar una comunicación de mercadotecnia, si dicha comunicación se realiza cara a cara o se trata de productos o servicios de valor nominal. Para aquellas comunicaciones de marketing que no están dentro de una excepción al requisito de autorización, como las comunicaciones cara a cara, no le proporcionaremos comunicaciones de marketing por las que recibamos una remuneración sin su autorización.
  - g. **Recordatorios de citas.** Podemos usar y divulgar su información de salud para recordarle una cita para tratamiento y atención médica en nuestra práctica.
  - h. **Otros usos y divulgaciones.** Además de los motivos descritos anteriormente, podemos usar y divulgar su información de salud para otros fines permitidos por las Regulaciones de Privacidad.
1. **Usos y Divulgaciones a Socios Comerciales.** Con un acuse de recibo o una autorización adecuada o según lo permitido por las Normas de privacidad, se nos permite divulgar su información de salud a los Asociados comerciales y permitir que los Asociados comerciales reciban su información de salud en nuestro nombre. Un Asociado comercial se define en las Normas de privacidad como un individuo o entidad contratada con nosotros para realizar o ayudarnos en una función o actividad que requiera el uso de su información de salud. Los ejemplos de socios comerciales incluyen, entre otros, consultores, contadores, abogados, transcritores médicos y compañías de facturación de terceros. Exigimos a todos los Asociados comerciales que protejan la confidencialidad de su información de salud.

## Derechos del paciente

Aunque su registro médico es de nuestra propiedad, usted tiene los siguientes derechos con respecto a su registro médico e información de salud:

1. **Derecho a solicitar restricciones en el uso y divulgación de su información de salud.** Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de su información médica para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar dicha solicitud a menos que pague de su bolsillo por un artículo o servicio de atención médica en particular, en cuyo caso tiene derecho a restringir ciertas divulgaciones de su información de salud, relacionadas únicamente con dicho artículo Servicio, a su plan de salud para el pago u operaciones de atención médica. Sin embargo, si estamos de acuerdo con la restricción solicitada, es vinculante para nosotros.
2. **Derecho a inspeccionar y copiar su información de salud.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su propia información médica cuando la solicite. Sin embargo, no estamos obligados a brindarle acceso a toda la información de salud que mantenemos. Por ejemplo, este derecho no se extiende a las notas de psicoterapia, la información compilada en anticipación razonable de, o para su uso en, un procedimiento civil, penal o administrativo, o está sujeta o exenta de las Enmiendas de mejoras de laboratorio clínico de 1988. El acceso también puede ser denegado. Si la divulgación pudiera poner en peligro a usted u otra persona.
3. **Derecho al objeto verbal.** Usted tiene el derecho de objetar verbalmente ciertas divulgaciones que se realizan habitualmente para tratamiento, pago u operaciones de atención médica o para otros fines sin una Autorización. Por ejemplo, estamos obligados a brindarle la oportunidad de objetar el intercambio de su información de salud con una persona o un miembro de la familia que lo acompañe para recibir tratamiento.
4. **Derecho a solicitar una modificación de su información de salud.** Tiene derecho a solicitar una modificación de su información médica. Si no estamos de acuerdo con la enmienda solicitada, le permitiremos incluir una declaración en el registro. Además, le proporcionaremos una explicación por escrito de los motivos de la denegación y los procedimientos para presentar quejas y apelaciones adecuadas.
5. **Derecho a un informe de divulgación de su información de salud.** Tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones que hemos hecho de su información de salud dentro de los seis (6) años anteriores a la fecha de su solicitud. La contabilidad no incluirá divulgaciones relacionadas con el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, divulgaciones hechas a usted, divulgaciones realizadas de conformidad con una autorización válida, divulgaciones permitidas por las Regulaciones de privacidad o divulgaciones a personas involucradas en su cuidado. El informe de las divulgaciones incluirá la fecha de cada divulgación, el nombre y la dirección de la persona u organización que recibió su información de salud, una breve descripción de la información divulgada y el propósito de la divulgación.
6. **Derecho a las comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales de su información de salud por medios alternativos o ubicaciones alternativas. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo.
7. **Cuando se requieren autorizaciones.** Se requiere una autorización para la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia (cuando corresponda), usos y divulgaciones de su salud con fines de comercialización, y divulgaciones que constituyan una venta de información médica protegida. Además, otros usos y divulgaciones de su información de salud no descritos en este Aviso de Prácticas de Privacidad se harán solo con una autorización válida de su parte.
8. **Derecho a revocar su autorización.** Tiene derecho a revocar una autorización válida para el uso o divulgación de su información de salud. Sin embargo, dicha revocación no tendrá ningún efecto en los usos o divulgaciones antes de recibir la revocación.
9. **Derecho a optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos.** Podemos comunicarnos con usted para recaudar fondos o pedirle a alguien que se comunique con usted en nuestro nombre. Sin embargo, tiene derecho a optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos. Puede hacerlo por escrito llamando al 505-866-0055 Oficial de Cumplimiento al o enviándole un correo electrónico [www.paradigmnm.com](http://www.paradigmnm.com) con sus instrucciones para cancelar la suscripción de comunicaciones.

10. **Derecho a ser notificado después de una violación de su información.** Si usted o nuestros socios comerciales nos ven afectados por una violación de su información médica protegida no protegida, entonces tiene derecho a ser notificado después de dicha violación.
11. **Derecho a recibir copia de este aviso.** Tiene derecho a recibir una copia de este Aviso

### **Información de contacto y cómo informar una violación de los derechos de privacidad**

Si tiene preguntas y desea información adicional sobre los usos y divulgaciones de su información de salud, puede comunicarse con el Oficial de Cumplimiento al 505-866-0055. Además, la Práctica ha establecido un proceso interno de quejas para reportar violaciones a los derechos de privacidad. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja con nosotros o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos en 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201. Para presentar una queja con nosotros, comuníquese con nuestro Oficial de Cumplimiento en 505-866-0055. Todas las quejas deben ser presentadas a la Práctica por escrito al 535 HWY 314 S.W. Los Lunas, N.M. 87031. No habrá represalias por presentar una queja.

### **Fecha efectiva**

La fecha efectiva de este Aviso es 1/1/19.

---

## Acuse de recibo del aviso de privacidad

### Propósito de este Reconocimiento

Este Reconocimiento, que permite a la Práctica usar y / o divulgar información de salud de identificación personal para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, se realiza de conformidad con los requisitos de 45 CFR §164.520 (c) (2) (ii), parte de la ley federal Regulaciones de privacidad para la Ley de Privacidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (las "Regulaciones de Privacidad").

### Por favor lea la siguiente información cuidadosamente:

1. Entiendo y acepto que consiento el uso y / o la divulgación de mi información de salud de identificación personal por parte de \_\_\_\_\_ (la "Práctica") con el fin de tratarme, obtener el pago por el tratamiento que recibí, y según sea necesario para llevar a cabo cualquier operación de atención médica que esté permitida en las Regulaciones de Privacidad.
2. Soy consciente de que la Práctica mantiene un Aviso de Privacidad que establece los tipos de usos y divulgaciones que la Práctica está autorizada a realizar en virtud del Reglamento de Privacidad y detalla en detalle la forma en que la Práctica hará dicho uso o divulgación. Al firmar este Reconocimiento, entiendo y acepto que he recibido una copia del Aviso de Privacidad.
3. Entiendo y acepto que en su Aviso de Privacidad, la Práctica se reserva el derecho de cambiar su Aviso de Privacidad según lo considere oportuno. Si deseo obtener un Aviso de privacidad revisado, debo enviar una solicitud por escrito para un Aviso de privacidad revisado a la oficina de la Práctica a la siguiente dirección: \_\_\_\_\_, Atención: Oficial de cumplimiento
4. Entiendo y acepto que tengo derecho a solicitar que la Práctica restrinja la forma en que se utiliza o divulga mi información para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Entiendo y acepto que no se requiere que la Práctica acepte las restricciones solicitadas por mí, excepto en circunstancias muy limitadas como se describe en el Aviso de Privacidad, pero si la Práctica acepta la restricción solicitada, quedará sujeta a esa restricción hasta que lo notifique. De lo contrario por escrito.

Solicito que se coloquen las siguientes restricciones en el uso y / o divulgación de mi información médica por parte de la Práctica (déjelo en blanco si no hay restricciones):

Entiendo las disposiciones anteriores y deseo firmar este Reconocimiento que autoriza el uso de mi información de salud de identificación personal para fines de tratamiento, pago por tratamiento y operaciones de atención médica

**AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, RECONOZCO QUE HE REVISADO UNA COPIA EJECUTADA DE ESTE RECONOCIMIENTO Y UNA COPIA DEL AVISO DE POLÍTICA DE LA PRÁCTICA Y DE ACUERDO CON EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE LA PRÁCTICA DE MI INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE SALUD.**

\_\_\_\_\_  
Firma De Paciente o Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha De Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Numero De Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Nombre de Representante Personal (Si Es Aplicable)

\_\_\_\_\_  
Relacion al Paciente

---

### Para ser completado por la práctica

Las restricciones solicitadas sobre el uso y / o divulgación de la información de salud del paciente establecido anteriormente son:

\_\_\_\_\_ Aceptado          \_\_\_\_\_ Negado          \_\_\_\_\_ Not Apica

\_\_\_\_\_ Otro (explícelo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante De Practica Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha



