

Patient Info:



**GOLDEN VALLEY  
HEALTH CENTERS**

**Health Insurance Portability & Accountability Act (HIPAA)  
Consentimiento para Tratamientos, Pagos, y Procedimientos en el Cuidado de la Salud**

Yo doy consentimiento para el uso o divulgación de mi información médica protegida a Golden Valley Health Centers con los propósitos de que me den diagnósticos o tratamientos, obtenga pago para los cobros por el cuidado de mi salud o para que Golden Valley Health Centers haga procedimientos relacionados al cuidado de la salud.

Yo entiendo que mi diagnóstico o tratamiento en Golden Valley Health Centers puede depender de que yo dé mi consentimiento, el cual se demuestra con mi firma en este documento.

Yo entiendo que tengo el derecho a pedir una restricción sobre como es usada o divulgada mi información médica protegida para llevar a cabo tratamiento, pagos u operaciones del cuidado de salud. Golden Valley Health Centers no tiene la obligación de aceptar las restricciones que yo pida. Sin embargo, si Golden Valley Health Centers acepta una restricción que yo pida, esta restricción será una obligación para Golden Valley Health Centers.

Yo entiendo que Golden Valley Health Centers utiliza varios métodos de comunicación electrónicos incluyendo teléfono, mensajes de texto, y correo electrónico para comunicarse conmigo con propósitos que se limitan a citas, servicios disponibles y otras comunicaciones relacionadas al cuidado de la salud. Yo autorizo a Golden Valley Health Centers a divulgar una cantidad limitada de mi información médica confidencial a otras personas que puedan contestar mis mensajes electrónicos por teléfono, mensajes de texto, o por correo electrónico. Estos pueden contener información sobre citas, servicios disponibles, u otras comunicaciones relacionadas al cuidado de la salud.

Yo tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, con la excepción de que Golden Valley Health Centers ya haya tomado alguna acción basados en este consentimiento.

Mi "información médica protegida" significa información de salud, incluyendo mi información demográfica, proporcionada por mí y creada o recibida por mi doctor, otro proveedor de servicios de salud, un plan de salud, mi empleador o una agencia de cobros para seguros médicos privados fuera de la clínica. Esta información médica protegida se refiere a condiciones físicas o de salud mental pasadas, presentes o futuras y me identifica, o es razonable creer que la información puede revelar mi identidad.

Yo entiendo que tengo el derecho de revisar el Aviso de Procedimientos de Privacidad de Golden Valley Health Centers antes de firmar este documento.

El Aviso de Procedimientos de Privacidad de Golden Valley Health Centers estará disponible para mí en caso que yo quiera una copia.

El Aviso de Procedimientos de Privacidad describe los tipos de uso y divulgación de mi información médica protegida que ocurrirá durante mi tratamiento, pago de mis cobros o en el desempeño de las funciones en el cuidado de la salud de Golden Valley Health Centers.

El Aviso de Procedimientos de Privacidad de Golden Valley Health Centers también está disponible y se puede obtener en el área de recepción de Golden Valley Health Centers o en su sitio de internet <http://www.gvhc.org>.

Este Aviso de Procedimientos de Privacidad también describe mis derechos y las responsabilidades de Golden Valley Health Centers con respecto a mi información médica protegida.

Golden Valley Health Centers se reserva el derecho de cambiar los procedimientos de privacidad que están descritos en el Aviso de Procedimientos de Privacidad.

Yo puedo obtener una copia actualizada del Aviso de Procedimientos de Privacidad entrando al sitio de Internet <http://www.gvhc.org>, llamando a la oficina y pidiendo que una copia actualizada me sea enviada por correo, o pidiendo una el día de mi próxima cita.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Relación del Representante