

Liberty Endoscopy Center

Consentimiento y reconocimiento del paciente de las prácticas de privacidad para uso y/o divulgación de información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos y servicios médicos

Yo, <Patient Name>, por la presente establezco que, al firmar este Consentimiento, acepto y reconozco lo siguiente:

1. El Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso de Privacidad") del Liberty Endoscopy Center (el "Centro") me ha sido proporcionado antes de mi firma de este Consentimiento. El Aviso de Privacidad incluye una descripción de los usos y/o divulgaciones permisibles de mi información médica protegida ("IMP") por parte del Centro. Entiendo que una copia del Aviso de Privacidad estará disponible a petición mía en el futuro. El Centro me ha animado a leer el Aviso de Privacidad cuidadosamente antes de mi firma de este Consentimiento. El Centro se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en su Aviso de Privacidad, de acuerdo con la ley aplicable.
2. Entiendo y consiento los siguientes recordatorios de citas que serán utilizados por el Centro:
 - a. Una postal enviada por correo a la dirección proporcionada por mí; y/o
 - b. Llamando a mi casa y dejando un mensaje en mi contestador automático.
 - c. Recordatorios de citas de mensajes de texto o preguntas de seguimiento a mi teléfono móvil.
3. Entiendo que, si no firmo este Consentimiento evidenciando mi consentimiento a los usos y divulgaciones descritos en el Aviso de Privacidad, entonces el Centro no me tratará.

He leído y entiendo el aviso anterior, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi plena satisfacción de una manera que puedo entender.

Firma del Paciente o Representante Legal
<Patient_Sig>

Firma del testigo
<Witness_Sig>

PARA USO DEL CENTRO SOLAMENTE

Incapacidad para obtener reconocimiento

Para completar solo si no se obtiene ninguna firma. Si no es posible obtener el reconocimiento del paciente, describa los esfuerzos de buena fe realizados para obtener el reconocimiento del paciente, y las razones por las que no se obtuvo dicho reconocimiento:

Firma del representante del Centro: _____

Nombre en imprenta del representante del Centro: _____

Fecha: _____