

**Consentimiento de Paciente para el uso y Revelacion de Information de su Salud para Tratamiento, Pago y Operaciones al Cuidado de su Salud.**

**PrairiStar Health Center**  
**200 WEST 2<sup>nd</sup>**

**Hutchinson, KS 67501**

CONSENTIMIENTO: Doy mi consentimiento para el uso y revelacion de la informacion protegida de mi salud para tratamiento, pago y operaciones de asistencia de la salud. Entiendo que este consentimiento es voluntario. Entiendo que puedo negarme a firmar este consentimiento pero el tratamiento me puede ser negadosi no firmo este consentimiento.

- Entiendo que esta *Noticia de Practicas de Privacidad* la cual contiene una description mas completa de information sobre los usos y revelaciones que han sido hechas disponibles y presentadas a mi. Entiendo que tengo el derecho de revisar la *Noticia de Practicas de Privacidad* antes de firmar este consentimiento.
- Entiendo que el CHC se reserva el derecho de cambiar esta noticia y practices de privacidad. Puedo obtener cualquier noticia revisada o actualizada contactando a la persona indicada en la lista de *Noticia*.
- Entiendo que tengo el derecho de objetar el uso de la informacion de mi salud para propósitos de directorio, o de guía.
- Entiendo que tengo el derecho a solicitar restricciones en cuanto como mi informacion protegida de salud se utiliza o es revelada para llevar a cabo tratamiento, pago, u operaciones al cuidado de la saludy esta Clinica no esta requiriendo concordar ninguna restriccion solicitada. Entiendo si la Clinica concuerda a una restriccion esta que reciva una nota por escrito de la clinica que ha estado de acuerdo con esta restriccion. Entiendo tambien que solamente la Privacidad Oficial de la Clinica tiene la autoridad para concordar tales restricciones solicitadas. Puedo solicitar tambien el modo de como recibi mi informacion protegida de mi salud.
- Entiendo que puedo revocar este consentimiento pero debo hacerlo por escrito y mandarlo a la persona indicada para las Noticias de Practicas de Privacidad de la Clinica pero si lo hago, tendra algun efecto en cualquier accion tomada antes de recibir esta revocacion. Esta revocacion escrita es solamente effective para coleccion de pago, para tratamiento previo a mi revocacion de este consentimiento **ESTE CONSENTIMIENTO SE DA PARA CUALQUIER TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES AL CUIDADO DE LA SALUD HASTA SER REVOCADA.**

---

Nombre de Paciente (Favor de Imprimir Nombre Completo) Fecha de Nacimiento de Paciente

---

Firma de Paciente o del Representante de Paciente Parentezco de Paciente

---

Nombre de Representante (Favor de Imprimir) Fecha de Hoy