



Universidad de Puerto Rico Recinto de Cayey  
Decanato de Estudiantes  
Oficina de Servicios Médicos

## Consentimiento para Usar y/o Divulgar Información de Salud para Propósitos de Tratamiento

La ley federal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) del 1996 requiere que se le notifique al paciente la política de privacidad y confidencialidad de la entidad y que se evidencie dicha notificación. La de Derechos y del Paciente que para poder proveerle nuestros servicios debemos obtener su consentimiento para utilizar y divulgar su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago y transacciones u operaciones para el cuidado de la salud que lleva a cabo nuestro Departamento.

Para cumplir con estas dos disposiciones de ley, le hemos entregado la notificación de la Política de Privacidad y Confidencialidad y de este consentimiento para usar y divulgar su información de salud. Al firmarlo, usted reconoce haberse enterado de nuestra Política de Privacidad y Confidencialidad y consiente al uso y divulgación de su información de salud según se describe en dicho documento.

Por favor, revise este consentimiento con mucho cuidado. Luego de revisar usted este documento y estar de acuerdo con sus términos y condiciones, fírmelo y anote la fecha donde se indica. Al firmar este consentimiento usted autoriza a que nuestro Departamento, conforme a la ley, use y divulgue su información de salud para llevar a cabo pagos o y para aspectos operacionales de nuestro Departamento.

Usted tiene el derecho a solicitar de nuestro Departamento restricciones en cuanto al uso y divulgación que hagamos de su información de salud para efectos de tratamiento, pagos o cualquier otra transacción u operación para el cuidado de su salud de conformidad con las disposiciones de ley al efecto. No obstante, nuestro Departamento no está obligado a aceptar su solicitud de restricciones. Sin embargo, si se aceptan las restricciones de uso o divulgación solicitadas por usted, dichas restricciones se convierten en obligatorias y nuestro Departamento deberá cumplirlas.

Con la firma de este consentimiento usted autoriza a nuestro Departamento, nuestros empleados (de conformidad con la ley federal HIPAA incluye, que además de los empleados(a)s, las personas que realizan voluntario para la organización) y sus asociados de negocio usen y divulguen su información de salud protegida para efectos de tratamiento, pago, transacciones y operaciones para el cuidado de su salud.

Usted tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en tanto y en cuanto nuestro Departamento, nuestros empleados y/o asociados de negocio hayan tomado alguna acción de uso y/o divulgación basado en el mismo.

De usted necesitar o interesar examinar en más detalle nuestra Política de Privacidad y Confidencialidad antes de firmar este documento, puede solicitar la misma al Oficial de Privacidad de nuestro Departamento de Servicios Médicos. Por favor, observe que, conforme a la legislación aplicable, nuestro Departamento se reserva el derecho de revisar, modificar o enmendar la política y práctica sobre uso y divulgación descrita en la notificación en cualquier momento. De usted interesar notificación revisada y enmendada, de así solicitarla al Oficial de Privacidad del Departamento de Servicios Médicos.

Yo, \_\_\_\_\_ certifico que he leído las disposiciones de este consentimiento, que lo entiendo y que estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresados en el mismo.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Tutor del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o Tutor del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_