



Reconocimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)/Consentimiento para usar y divulgar información de salud relacionada con tratamientos, pagos u otras operaciones de atención de la salud.

Comprendo que como parte de mi atención de la salud, **Urology Associates of South Texas** crea y mantiene expedientes médicos con mi historial de salud, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos y todo plan de atención médica o tratamiento futuros. Entiendo que esta información sirve como:

- *Base para planear mi atención y tratamiento*
- *Medio de comunicación entre los diferentes profesionales de salud involucrados en mi atención*
- *Fuente de información para detallar mi diagnóstico e información quirúrgica en la factura médica*
- *Medio por el que un tercer pagador puede comprobar si los servicios facturados efectivamente se suministraron*
- *Herramienta para las operaciones rutinarias de la atención médica, por ejemplo, evaluar la calidad y revisar la competencia de los profesionales de atención médica*

Entiendo y he recibido el Aviso de prácticas de privacidad con una descripción más completa sobre el uso y la divulgación de la información de salud protegida. Entiendo que tengo el derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este reconocimiento. Entiendo que **Urology Associates of South Texas** se reserva el derecho a cambiar sus prácticas y de incluir nuevas cláusulas efectivas para toda la información de salud protegida mantenida por **Urology Associates of South Texas**.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones sobre cómo mi información de salud protegida podría ser usada o divulgada para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención de la salud y que no es necesario que **Urology Associates of South Texas** esté de acuerdo con las restricciones solicitadas. **Urology Associates of South Texas** no usará ni divulgará ninguna información de salud sin su autorización, salvo por lo estipulado en el Aviso de prácticas de privacidad.

Los expedientes de **Urology Associates of South Texas** pueden contener información creada por otra entidad distinta de **Urology Associates of South Texas**. **Urology Associates of South Texas** no se hace responsable de esos contenidos (en cuanto a precisión, integridad, relevancia, legibilidad o carencias de esos expedientes incorporados). El paciente solicita expresamente la divulgación de todos los expedientes mantenidos por **Urology Associates of South Texas** relacionados con el paciente, incluidos los expedientes incorporados. El paciente reconoce **Urology Associates of South Texas** no tiene ni asume obligación con el paciente respecto al contenido u omisiones de esos expedientes incorporados.

X _____
Firma del paciente o del representante legal

X _____
Fecha de firma por el paciente o representante legal

Firma del testigo de Urology Assoc of So Tx

Fecha de firma por el testigo de Urology Assoc of So Tx

Urology San Antonio no pudo conseguir el reconocimiento o consentimiento debido a:

- Estado de confusión o desorientación del paciente
- El paciente se negó - Motivo _____
- La discapacidad del paciente requiere educación o interpretación adicional externa por parte de otra entidad distinta de Urology Associates of South Texas
- El paciente recibió el paquete de reconocimiento/consentimiento, solicitó llevárselo a su casa para leerlo, firmarlo y después entregarlo a Urology Associates of South Texas
- Restricciones del paciente _____

14 de Octubre de 2011
Fecha efectiva del Aviso de prácticas de privacidad