

New Life Wellness Center

Manhattan: 128 Mott Street, New York, NY 10013 **Sunset Park:** 630 59th Street, Brooklyn, NY 11220 **Bay Ridge:** 6700 3rd Avenue, Brooklyn, NY 11220

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Este aviso contiene una sección de Derechos del Paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de este aviso pueden cambiar. Si cambiamos este aviso, usted puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina. Usted tiene el derecho de pedir que limitemos cómo se usa o divulga su información de salud protegida para tratamiento, pago, u operaciones de atención médica. No estamos obligados a acceder a esta restricción, pero si lo hacemos, vamos a honrar ese acuerdo.

Al firmar este formulario, usted nos autoriza usar y divulgar su información de salud protegida para tratamiento, pago y las operaciones de cuidado medico. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito y firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna revelación que ya hayamos hecho en dependencia de su consentimiento previo. Esta práctica ofrece este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responasbilidad de 1996 (HIPAA) del Seguro Medico.

El paciente comprende que:

- Información protegida de salud puede ser divulgada o utilizada para el tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud
- La práctica tiene un Aviso de prácticas de privacidad y que el paciente tiene la oportunidad de revisar este Aviso
- La práctica se reserva el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad
- El paciente tiene el derecho de restringir el uso de su información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con dichas restricciones
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las revelaciones futuras entonces cesará
- La práctica podrá condicionar la recepción de tratamiento sobre la ejecución de este Consentimiento.

Este consentimiento es firmado por:

Firma

Fecha

Nombre Escrito - Paciente o Representante

Relación al paciente

Testigo

Firma

Nombre Escrito del Testigo
