



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE HIPAA DEL PACIENTE /  
ACUSE DE RECIBO DE LOS AVISOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Entiendo que tengo ciertos derechos a la privacidad sobre mi información médica protegida. Se me conceden estos derechos conforme a las disposiciones de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996. Entiendo que mediante mi firma del presente consentimiento le estoy autorizando para que use y revele mi información médica protegida con el fin de:

- Realizar un tratamiento (incluyendo tratamiento directo o indirecto de otros proveedores de atención médica implicados en mi tratamiento);
- Obtener pago de terceros pagadores (por ejemplo, mi compañía de seguros);
- Realizar las operaciones diarias de Virginia Oncology Associates, como evaluaciones de calidad y autorizaciones para tratamientos;
- Informar a un familiar o amigo que participe en mi atención médica o que me ayude a pagar por mi atención (a menos que se indique lo contrario).
- Es posible que también compartamos información por medio de Carequality, un mercado de atención médica, que es un portal para otros proveedores que participen en su atención, con el fin de que tengan toda la información necesaria para diagnosticarle y darle tratamiento.

**REVELEN Y HABLEN DE MI INFORMACIÓN MÉDICA CON LA(S) SIGUIENTE(S) PERSONA(S):**

---

---

---

**INICIALES**

Se me ha informado y concedido el derecho tanto de revisar como de obtener una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad, el cual contiene una descripción más completa de los usos y revelación de mi información médica protegida y de mis derechos conforme a las disposiciones de la HIPAA.

**NOMBRE DEL PACIENTE (EN LETRA DE IMPRENTA):**

\_\_\_\_\_

**APELLIDO,**

\_\_\_\_\_

**1<sup>ER</sup> NOMBRE,**

\_\_\_\_\_

**INICIAL DEL 2<sup>O</sup> NOMBRE**

\_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO**

\_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL REPRESENTANTE PERSONAL  
(EN LETRA DE IMPRENTA)**

\_\_\_\_\_

**RELACIÓN CON  
EL PACIENTE**

\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PACIENTE (REPRESENTANTE PERSONAL)**

\_\_\_\_\_

**FECHA**