



Thiru S. Arasu, M.D.
Pediatric Gastroenterologist

Rosa J. Cuenca, M.D.
Pediatric Gastroenterologist

Shivinder Narwal, M.D.
Pediatric Gastroenterologist

Pediatric Gastroenterology & Nutrition of Tampa Bay

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Consentimiento de Paciente

Nuestro aviso sobre los Procedimientos de Privacidad provee información de cómo podemos usar y compartir la información sobre su salud. El aviso contiene una sección sobre los 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 nuestro aviso pueden cambiar. Si nosotros lo cambiamos, usted puede obtener una copia llamando nuestra oficina.

Usted tiene el derecho a pedir que se restrinja como nosotros usamos y compartimos su información para su tratamiento, y para obtener pago, o para llevar a cabo nuestras funciones. No estamos obligados a acceder a estas restricciones, pero si estamos de acuerdo, entonces haremos lo que se nos pide.

A la firma esta forma, usted nos da su consentimiento a usar y compartir la información medica para su tratamiento, para cobrar por nuestros servicios y para las funciones del servicio de salud. Usted tiene el derecho a cancelar este consentimiento, por escrito, con su firma. Sin embargo, esta cancelación no va a afectar cualquier divulgación que hayamos hecho previamente. Nuestra práctica provee esta forma para cumplir con el Acto 1996 Contabilidad y Portabilidad del Seguro de la Salud.

El paciente entiende que:

Información sobre su salud puede divulgarse o ser usada para proveerle tratamiento, cobrar por nuestros servicios o para la operación de nuestra oficina.

- La práctica tiene un aviso sobre los Procedimientos de Privacidad, y el paciente tiene el derecho a revisarlo.
- La práctica se reserve el derecho a cambiar el aviso.
- El paciente tiene derecho a pedir que se restrinja el uso de su información, pero la practica no esta obligado a acceder.
- El paciente puede cancelar este consentimiento por escrito en cualquier momento, y todas las divulgaciones futuras serán canceladas.
- La práctica puede condicionar su tratamiento a que usted firme este consentimiento.

Por favor escribe los nombre(s) de las personas que pueden obtener información médica y diagnósticos del paciente. Incluyendo: archivos medico o pagos.

Nombre: _____ Relacion: _____ Tele: _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Tele: _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Tele: _____

Padre(s)/Guardián imprintar nombre: _____ **Relacion:** _____

Padre(s)/Guardián Firma: _____ **Fecha:** _____