



## Consentimiento para entregar información médica protegida

### (Formulario de consentimiento de la HIPAA)

La información relacionada con su atención médica será mantenida por Cornerstone como se describe en nuestra Notificación de prácticas de privacidad. Usted puede obtener una copia de la Notificación de prácticas de privacidad si ingresa a nuestro sitio web, si se comunica con el consultorio de su médico o nuestro Departamento de Cumplimiento y Seguridad del Paciente.

#### ¿Por qué tengo que llenar este formulario?

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA por sus siglas en inglés) y la ley de Carolina del Norte protegen sus derechos sobre su información médica. Estas leyes previenen que Cornerstone use o entregue su información médica en algunos casos, a menos que usted nos permita hacerlo.

#### ¿A qué presto mi consentimiento?

Usted puede usar este formulario para decidir con quién puede Cornerstone compartir su información médica. Al listar a un miembro de la familia, cónyuge, o el nombre de un amigo en este formulario, usted acuerda permitir que dicha persona acceda a la información relacionada con su salud y a pagar por su atención.

#### ¿Cómo usará Cornerstone mi información?

Nosotros compartiremos su información según lo permite la ley para brindarle su atención, para el pago y para nuestras operaciones de atención médica. Esto podría incluir entregar su información a un amigo íntimo o a cualquier otra persona que usted seleccione cuando ellos participen en su atención. Nosotros nos comunicaremos con usted para recordarle sobre su próxima cita, para informarle los resultados de pruebas y/o análisis de laboratorio y podríamos dejar un mensaje sobre su atención. Podríamos compartir información con otros proveedores de la atención médica que se ocupan de su atención. Podríamos comunicarnos con usted sobre una investigación potencial que podría beneficiarle. Si no podemos comunicarnos con usted debido a una emergencia, decidiremos qué información podemos compartir con otros.

**Escrita los nombres de las personas con quienes nosotros podamos compartir su información médica.**

<b>Nombres:</b> _____	<b>Relación:</b> _____
_____	_____
_____	_____

He leído y entiendo este formulario y he tenido la oportunidad de formular algunas preguntas que tengo.

<b>Nombre del paciente (escrito):</b> _____	<b>Fecha de nacimiento/ N.º de cuenta:</b> _____
---	--

_____	_____	_____
<b>Firma del paciente o tutor legal</b>	<b>Fecha</b>	<b>Firma del testigo</b>

Una firma del testigo se requiere para este formulario.

**Adoptado:** 01/02

**Revisado:** 01/03, 01/04, 02/05, 02/06, 02/07, 02/08, 01/09, 02/10, 05/15