Plastic Surgery Center of the South

Corey Harkins, M.D.

Consentimiento para uso y divulgaci6n

Información de salud: Al firmar este formulario, usted otorga su consentimiento al Centro de Cirugía Plástica del Sur y a los médicos para usar y divulgar su Información de salud protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información más detallada sobre cómo podemos usar y divulgar esta información medica protegida. Tiene el derecho legal de revisar nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento y le recomendamos que lo lea.

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia del aviso revisado accediendo a nuestro sitio web www.plasticsurgerycenterofthesouth.com o comunicándose con nuestra oficina al 770-421-1242.

Tiene derecho a solicitarnos que restrinjamos la forma en que usarlos y divulgamos su información medica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados por ley a conceder su solicitud. Sin embargo, si decidimos conceder su solicitud, estamos sujetos a nuestro acuerdo.

Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos usado o divulgado su información medica protegida en base a su consentimiento.

Declaración de derechos del paciente: Al firmar este formulario, usted reconoce que ha recibido la Declaración de derechos del paciente para sus registros.

Propiedad: Al firmar esto, reconoce que comprende que este centro es propiedad y esta operado por un médico.

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del paciente: _____

Adjuntos: Aviso de prácticas de privacidad
Declaracion de derechos del paciente