

**650 Calle Fulton**

**Brooklyn, Nueva York 11217**

**(T) 718-596-9800**

**AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRIVACIDAD/FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO**

**Yo,** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el paciente que suscribe u otra persona legalmente autorizada para actuar en nombre del paciente, he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad para la información de salud protegida y he tenido derecho a revisar el Aviso antes de firmar este Consentimiento.

**Consentimiento para el uso y divulgación de información médica protegida:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ el paciente que suscribe u otra persona legalmente autorizada para actuar en nombre del paciente, comprende y acepta que toda la información de salud relacionada con el paciente mencionado anteriormente, "Información de salud protegida" (PHI) seguirá siendo propiedad de Brooklyn Plaza Medical Center, Inc. ( BPMC). Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de dicha PHI en el Aviso de prácticas de privacidad de BPMC. Excepto por los motivos descritos en el Aviso, puedo revocar este Consentimiento por escrito en cualquier momento utilizando el procedimiento descrito en el Aviso.

Esto es para certificar que yo, el paciente que suscribe u otra persona legalmente autorizada para actuar en nombre del paciente, he leído este Consentimiento para el uso y divulgación de información de salud protegida y el acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad, entiendo su contenido y acepto sus términos. . Acepto que este Consentimiento reemplaza todos los consentimientos, autorizaciones, divulgaciones y otros permisos legales escritos anteriores firmados por mí con respecto al Uso y Divulgación de la PHI cubierta por este Consentimiento, y libero a BPMC y a sus proveedores de atención médica de todas las responsabilidades relacionadas con su cumplimiento. con este consentimiento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Escriba el nombre del paciente Firma del paciente, tutor natural o legal**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha**