



El Portal Imaging Center, 3365 G Street, Merced
El Portal Imaging, 245 H Street, Ste 3, Los Banos

El Portal Imaging, 1390 E. Yosemite Ave, Merced
El Portal Imaging, 3140 Apron Ave, Ste 1, Atwater

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE PRIVACIDAD

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una "regla de privacidad" para ayudar, asegurar que información médica personal está protegido de la intimidad. HIPAA (Health Insurance Portability and Privacy Act of 1996) fue creado con el fin de proporcionar un estándar para los proveedores de servicios de salud a fin de obtener el consentimiento del paciente para usos y divulgaciones de información de salud del paciente para llevar a cabo el tratamiento y las operaciones de atención médica y recibir el pago.

En nuestro paciente, queremos que sepan que respetamos la privacidad de sus datos personales de carácter médico. vamos a hacer todo lo que podamos para asegurar y proteger su privacidad, en su caso, proporcionar la información mínima necesaria para que sólo los que nos sentimos en la necesidad de información sanitaria. Esto incluye información sobre el tratamiento, el pago y/o las operaciones de atención médica con el fin de proporcionar atención médica que está en su mejor interés.

También queremos que sepa que apoyamos su pleno acceso a su registro médico personal. Podemos tener relaciones indirectas con tratamiento (como laboratorios que sólo interaccionan con los médicos y los pacientes no), y es posible que tenga que revelar información personal de salud para fines de tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud. Usted puede negarse a dar su consentimiento para el uso de la revelación de su información personal de salud, pero esto debe ser por escrito. En virtud de la presente ley, si usted se niega a revelar la información personal de salud (PHI), tenemos el derecho a negarse a tratar.

Si usted elige para dar su consentimiento mediante la firma de este documento, en algún momento en el futuro, usted puede revocar este consentimiento, por escrito, salvo que la medida se ha adoptado medida alguna para esa fecha.

Si usted tiene alguna objeción a este formulario, por favor pida hablar con nuestro cumplimiento de la HIPAA. Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso de privacidad, para pedir las restricciones, así como revocar su consentimiento por escrito.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha