

# JOSE RAUL MONTES

## Eyes & Facial Rejuvenation

---

### NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD (LEY HIPAA) Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Esta notificación describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada. Por favor lea cuidadosamente:

1. **Tratamiento.** Podemos usar y divulgar información médica para proveerle tratamiento o servicios médicos. Facilitaríamos información a médicos, enfermeros, técnicos, practicantes u otro personal de oficina que estén comprometidos en su cuidado
2. **Para Pagos.** Podríamos usar y divulgar información médica suya de manera que el tratamiento y los servicios que usted recibe puedan ser presentados para facturación y su cobro a una "Clearinghouse," compañía de seguros o a una tercera persona.
3. **Para operaciones de cuidado.** Podríamos usar y divulgar información médica suya para operaciones de la oficina. Esto es necesario para asegurarnos que todos nuestros pacientes reciben el mejor tratamiento posible.
4. **Recordatorio para las citas.** Podemos usar y divulgar su información médica a fin de recordarle que tiene una cita para tratamiento o atención médica.
5. **Alternativas de Tratamiento.** Podemos usar y divulgar información médica suya para informarle o recomendarle tratamientos opcionales y alternativas que pudieran interesarle.
6. **Servicios y Beneficios Relativos al cuidado de la salud.** Podemos usar y divulgar su información médica para informarle a usted sobre servicios y beneficios relacionados con el cuidado de la salud que pudieran interesarle.
7. **Personas involucradas en su tratamiento o en el pago por cuidarle.** Podemos revelar información médica suya a sus amistades o miembros de la familia que estén involucrados en el cuidado de su salud. Además, podemos informárselo a personas que contribuyen con el pago de su tratamiento. Podemos informarle también a su familia o amigos sobre su estado de salud. Además, en caso de emergencia por algún desastre, podemos revelar información médica suya a las instituciones de ayuda que pudieran notificar a su familia sobre su estado de salud y dónde usted se encuentra.
8. **Investigación médica.** Bajo determinadas circunstancias podríamos revelar información médica suya destinada a la investigación científica; por ejemplo, un proyecto de investigación podría incluir la comparación de la recuperación de aquellos pacientes que han sufrido la misma enfermedad, pero han sido tratados con medicinas diferentes.
9. **Exigido por ley.** Se revelará información médica suya cuando una ley federal, estatal o local lo requiera.
10. **Para evitar amenaza grave a la salud o a la seguridad pública.** Podemos usar o revelar información médica suya cuando sea necesario para prevenir una grave amenaza a su salud y seguridad o a la de otras personas. Tal información sería revelada únicamente a quienes pudieran prevenir dicha amenaza.

---

Firma del Paciente

---

Fecha

Rev. 1/3/17