



Affix Patient Label

OBJECIÓN A LOS USOS Y LAS DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA PARA DETERMINADOS PROPÓSITOS

Form fields for patient name (Apellido, Nombre, Segundo nombre), birth date, address, and phone/fax numbers.

Comprendo que BRONSON (la "compañía") tiene un Aviso de prácticas de privacidad (el "Aviso"). Por este medio acepto que al haber revisado el Aviso y este formulario, la compañía me ha informado que mi información médica (sujeta a cualquier ley federal o estatal) puede ser utilizada o divulgada con uno o más de tres fines.

- 1. Para involucrar a otros en mi atención médica. Para la divulgación de mi información médica protegida a un miembro de mi familia, otro pariente, amigo personal cercano u otra persona que yo identifique, que sea directamente pertinente para la participación de esa persona en mi atención médica o con el pago por mi atención, incluidos los siguientes:
2. Para notificar acerca de mi ubicación, estado general o muerte. Para la divulgación de mi información médica protegida para notificar (o asistir en la notificación) a un miembro de mi familia (o representante personal u otra persona responsable de mi atención médica) acerca de mi ubicación, estado general o muerte. A MENOS QUE yo sea un paciente de salud mental.
3. Para tareas de rescate por desastres. Para la divulgación de mi información médica protegida a una entidad pública o privada autorizada para asistir en tareas de rescate por desastres para coordinar esfuerzos a fin de notificar a un miembro de mi familia (o representante personal u otra persona responsable de mi atención) acerca de mi ubicación, estado general o muerte.

Reconozco que la compañía me ha dado la oportunidad de: 1) aceptar los usos y las divulgaciones descritas anteriormente; 2) solicitar restricciones de algunos de estos usos o divulgaciones; o 3) prohibir estos usos o divulgaciones. Mediante mi firma a continuación acepto lo siguiente (marque una de las casillas a continuación):

- El uso y la divulgación de mi información médica para los tres propósitos descritos anteriormente.

Affix Patient Label

- El uso y la divulgación de mi información médica solo con los siguientes fines:
(encierre en un círculo el o los propósitos que correspondan):

- 1. (Involucrar a otros en mi atención médica)**
- 2. (Notificar a mi cuidador)**
- 3. (En tareas de rescate por desastres)**

- El uso y la divulgación de mi información médica para los tres propósitos descritos anteriormente están sujetos a las siguientes restricciones:

- Mediante mi firma a continuación prohíbo por este medio el uso y la divulgación de mi información médica para todos los fines enumerados anteriormente.

Firma del paciente (o representante personal)

_____, 20____
Fecha de la firma

Nombre en letra de molde del representante personal

Relación con el paciente