

**LASER EYE CENTER OF MIAMI  
CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

Nuestro aviso de las prácticas de privacidad proporciona la información sobre cómo podemos utilizar y divulgar la información sobre su salud. Usted tiene derecho de revisar este aviso antes de firmar el consentimiento. Los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiáramos nuestro aviso usted puede obtener una copia revisada poniéndose en contacto con nuestra oficina.

Usted tiene el derecho de solicitar que restrinjamos como la información de salud protegida se utilice o se divulgue para el tratamiento, el pago o las operaciones del cuidado médico. No se nos requiere estar de acuerdo con ésta restricción, pero de estarlo se aceptará el acuerdo.

Al firmar éste formulario usted acepta nuestro uso y acceso a la información protegida sobre su salud para el tratamiento, pago y las operaciones del cuidado médico. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento en escrito y firmado por usted. Sin embargo, tal revocación no afecta ninguna de las revelaciones hechas anteriormente con previo consentimiento. Nuestra práctica proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA).

El paciente entiende que:

- La información protegida de la salud se puede revelar o utilizar para el tratamiento, el pago o las operaciones del cuidado médico.
- La práctica tiene un aviso de las Prácticas de Privacidad y que el paciente tiene la oportunidad de revisar este aviso.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar el aviso de las normas de privacidad.
- El paciente tiene el derecho de restringir el uso de la información pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con dicha restricción.
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y toda futura revelación de información cesará en ese momento.
- La práctica puede condicionar tratamiento desde el momento de la ejecución de este consentimiento.

Este consentimiento ha sido firmado por: \_\_\_\_\_  
Nombre-Paciente o Representante

Relación con el Paciente (si no es el paciente quien firma): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Delante de: \_\_\_\_\_  
Nombre-Representante de la Práctica