

# Moonhee Lee, M.D.

Diplomate American Board of Allergy and Immunology  
Diplomate American Board of Internal Medicine

Fecha (Date): \_\_\_\_\_

**Nombre Completo del Paciente** (Patient Name)      **Edad** (Age)      **Fecha de Nacimiento** (date of birth)      **Sexo** (Sex)

1.    2.

**Apellido** (Name you go by)      **Numero de Teléfono Primario y Secundario** (Phone # 1 & 2)      **Doctor de Cabecera** (pcp)

**Domicilio** (Street Address)      **Ciudad** (City)      **Estado** (State)      **Cod. Postal** (Zip Code)      **¿Quién lo refirió?** (Who referred you?)

**Contacto de Emergencia- Nombre, relación al paciente y numero de teléfono** (Emergency contact- Name, relationship and phone #)

**Lista de nombres y fecha de nacimiento de todos los guardianes legales e personas autorizadas para recibir información acerca de la salud del paciente. SOLAMENTE ESTAS PERSONAS RECIBIRAN INFORMACION.**

## **Consentimiento al Uso y Divulgación de su Información de Salud Para Tratamiento, Pago u Operaciones de Atención Médica**

Yo entiendo como parte de mi atención médica, ésta organización origina y mantiene un expediente describiendo mi historial de salud, síntomas, exámenes y resultados de análisis, diagnósticos, tratamientos, y cualquier plan para atención o tratamiento en el futuro. Yo entiendo que ésta información sirve como:

- la base para planificar mi atención y tratamiento de salud
- medios de comunicación entre los profesionales de salud a los cuales contribuyen a mi atención médica
- una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta
- medios por los cuales un tercer pagador pueda verificar que los servicios facturados fueron en realidad brindado
- un instrumento para la rutina de operaciones de atención médica como para evaluar la calidad y revisar la competencia de los profesionales de atención médica

Yo entiendo y he sido proporcionado con una Notificación de Prácticas de Privacidad que proporciona una descripción de información con más detalle sobre los usos y divulgaciones. Yo entiendo que tengo el derecho de revisar la notificación antes de firmar este consentimiento. Yo entiendo que esta organización reserva el derecho de cambiar su notificación y prácticas pero antes de implementar lo me enviaran una copia de la nueva notificación al domicilio que he proporcionado. Yo entiendo que tengo el derecho de oponer el uso de mi información para propósitos directorios. Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en la manera que se utilice o se de a conocer mi información para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica y que la organización no es obligado a aceptar las restricciones solicitadas. Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, pero no afectará ninguna acción que la organización haya tomado en dependencia a mi consentimiento antes de que hayan recibido mi revocación.

Yo solicito las siguientes restricciones sobre el uso o divulgación de mi información de salud:

**Por favor de poner sus iniciales solamente en uno:**

Acepto \_\_\_\_\_

Deniego \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha