

Central  
6065 Montana Ave, Suite A-6  
El Paso, TX 79925  
Phone: 915-881-1900  
Fax: 915-771-9345

Diagnostic Outpatient Imaging

East  
1426 George Dieter Dr  
El Paso, TX 79936  
Phone: 915-881-1900  
Fax: 915-771-9345

## AVISO DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO DE PACIENTE PARA USO Y REVELACION DE INFORMACION DE SALUD

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL PACIENTE**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

**Yo entiendo** que bajo el Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (HIPAA) yo tengo ciertos derechos como paciente referente a mi informacion de salud protegida.

**Yo entiendo** que Diagnostic Outpatient Imaging pueda usar o revelar mi informacion protegida para tratamientos, pagos o cuidados de salud, lo cual significa, para proveer servicios de salud, a mi el paciente; referente a cobros y pagos; y tomando cuidado de otros tratos medicos. Al menos que sean requeridos por ley, no habra otro uso o revelacion de esta informacion sin autorizacion.

Diagnostic Outpatient Imaging tiene un documento detallado llamado '**Aviso de Practicas y su Privacidad**'. Esto contiene una descripcion mas completa de su derecho a privacidad y como podriamos usar y revelar informacion de salud protegida.

**Yo entiendo** que tengo el derecho de leer el aviso antes de firmar este acuerdo. Si yo pido una copia a Diagnostic Outpatient Imaging me proveeran con la mas actualizada informacion de *Aviso de Practicas y su Privacidad*.

**Mi firma** debajo indica que he dado oportunidad a revisar cierta copia de el *Aviso de Practicas y su Privacidad*. Mi firma significa que estoy de acuerdo a dar permiso a Diagnostic Outpatient Imaging a usar y revelar mi informacion de salud protegida para realizar tratamiento, pagos y operaciones de atencion medica. Yo tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida a la que Diagnostic Outpatient Imaging ha tomado accion confiando en este consentimiento.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA** (Paciente or Representante autorizado)

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

\_\_\_\_\_  
**Relacion al Paciente** (si es firmado por otro)

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

Usted puede obtener una copia de nuestro *Aviso de Practicas y Privacidad*, incluyendo cualquiera de nuestros '*Avisos*' a cualquier tiempo, llame a : Diagnostic Outpatient Imaging 6065 Montana Ave., Suite A-6 El Paso, TX 79925 Phone: 915-881-1900 Fax: 915-771-9345

**FORM Us**

