

Yamhill Valley Dermatology

Richard I. Ecker, M.D.

Oficina Local: 706 N.E Evans Street; McMinnville, OR 971218

Teléfono: 503-472-1405 o 1-866-661-0319 Fax: 503-434-5950

Oficina Satélite: 310 Villa Road. Cuarto 106; Newberg, OR 97132 Teléfono 503-5380668

www.YamhillDerm.com

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Yo entiendo que el Doctor Richard I Ecker/Yamhill Valley Dermatology (referido bajo “Esta Practica”) usara y revelara información medica acerca de mi persona.

Yo entiendo que mi información medica puede incluir ambas informaciones creadas y recibidas por la practica, puede ser en forma escrita o expedientes electrónicos o en palabras y puede tal vez incluir información acerca de mi historial medico, estado medico, síntomas, exámenes, resultados de análisis, diagnósticos tratamientos, procedimientos, prescripciones y formas similares de información medica.

Yo entiendo y estoy de acuerdo que esta Practica pueda usar y revelar mi información medica para poder:

- Hacer decisiones acerca de mi plan de cuidados y tratamientos
- Para referencia, consultar, coordinar y manejar en conjunto con otros proveedores medicos para mis cuidados y tratamientos medicos.
- Determinar mi elegibilidad de mi plan de salud o aseguranza medica, y someter los cargos y cobros o otra información a su aseguranza medica o otros quienes son responsables de pagar por algo o todo mi cuidado medico.
- Llevar a cabo varias funciones de oficina, administrativas y de negocios que apoyan los esfuerzos que mi medico provee para arreglar y reembolsar para la calidad de costo efectivo del cuidado medico.

Yo también entiendo que también tengo el derecho de recibir y revisar una descripción escrita en como esta Practica va a manejar mi información medica. Esta descripción medica conocida como la **Noticia de la Practica de la Privacidad** que describe el uso y declaración hecha de la información medica y las practicas que deben de seguir los empleados, asistentes y otro personal de oficina en esta Practica, y mis derechos referentes a mi información medica.

Yo entiendo que la Noticia de la Practica de la Privacidad puede ser revisada de ves en cuando y que tengo el derecho a recibir una copia revisada. Yo también entiendo que una copia o un resumen de la versión más reciente de esta Noticia de la Practica de la Privacidad en efecto será puesta en la sala de espera o recepción y estará disponible en nuestra pagina de Internet al www.YamhillValleyDermatology.com.

Yo entiendo que tengo el derecho a preguntar que algo o toda mi información medica no sea usada o declarada en la manera descrita en la Noticia de Practica de la Privacidad, y entiendo que esta Practica no esta requerida por ley a estar de acuerdo con este pedido.

Firmando esta forma, estoy de acuerdo que yo recibí y entiendo la información en la parte superior y que también recibí una copia de la Noticia de la Practica de la Privacidad.

Nombre del Paciente _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Representante del Paciente _____

Descripción de la relación con el Paciente _____ Fecha _____