

PALM BEACH CARDIOLOGY CENTER

CONSULTATIVE & INTERVENTIONAL CARDIOLOGY

Board Certified in Cardiology & Interventional Cardiology

EDWARD MOSTEL, M.D., F.A.C.C.
STEVEN C. KESSEL, M.D., F.A.C.C.
MORTEZA TAVAKOL M.D.
ROMEDRUDE FAUSTIN, APRN-C

HTWE H. SEIN, M.D., F.A.C.C.
CYRUS KAVASMANECK, M.D.
ROBIN J. HAHNER, MPH, P.A.-C

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

SECCIÓN A: Paciente Dando su Consentimiento

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Seguro Social: _____

SECCIÓN B: Para el Paciente- Lea atentamente las siguientes declaraciones

Propósito del Consentimiento: Al firmar este formulario, usted dará su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida para realizar tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Aviso de prácticas de privacidad: Tiene derecho a leer nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de decidir si firma este Consentimiento. Nuestro Aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y atención médica, de los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información médica protegida y de otros asuntos importantes sobre su su información médica protegida. Una copia de nuestro Aviso acompaña a este Consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, emitiremos un Aviso de prácticas de privacidad revisado, que contendrá los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquiera de nuestra información médica protegida que mantenemos.

Puede obtener una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, incluida cualquier revisión de nuestro Aviso, en cualquier momento poniéndose en contacto con:

Persona de Contacto: **Oficial de Privacidad– Palm Beach Cardiology Center**

Dirección: **3365 Burns Road Suite 101, Palm Beach Gardens, FL 33410**

Teléfono: **(561) 775-1061** Fax: **(561) 775-1064**

Derecho a revocar: Tendrá derecho a revocar este Consentimiento en cualquier momento enviándonos un aviso por escrito de su revocación enviada a la Persona de Contacto que se menciona arriba. Por favor, comprenda que la revocación de este Consentimiento no afectará ninguna acción que tomamos en base a este Consentimiento antes de recibir su revocación, y que podemos negarnos a tratarlo o continuar tratándolo si revoca este Consentimiento.

FIRMA:

He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y su Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que, al firmar este formulario de consentimiento, doy mi consentimiento para su uso y divulgación de mi información médica protegida para realizar tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Firma: _____ **Fecha:** _____