

**SPANISH HILLS MEDICAL GROUP, INC**  
**1901 Outlet Center Drive Ste 200**  
**Oxnard, CA 93036**  
**(805) 981-8300**

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y  
DIVULGACION DEL LA INFORMACION DE LA SALUD PROTEGIDA**

Con mi consentimiento, **Spanish Hills Medical Group** puede utilizar y divulgar información de la salud protegida (PHI por sus siglas en ingles) mía para efectuar tratamiento, pago, y operaciones del cuidado de la salud (TPO por sus siglas en ingles). Favor de referirse al Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad de **Spanish Hills Medical Group** para una descripción más complete sobre dichos usos y divulgaciones.

Tengo el derecho de estudiar su Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. **Spanish Hills Medical Group** se reserva el derecho de modificar su Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Un Aviso acerca de las Practicas de Privacidad enmienda puede obtener o dirigirse por escrito al Oficial de la Privacidad de **Spanish Hills Medical Group** a 1901 Outlet Center Drive, Ste 200, Oxnard, CA 93036.

Con mi consentimiento, **Spanish Hills Medical Group** puede llamar a mi casa o a otra ubicación designada y dejar un mensaje en el buzón de voz o con una persona respecto a cualquier asunto que les ayude en desempeñar sus TPO, tales como recordarme las citas, asuntos de aseguranza, y cualquier llamada relacionada con mi cuidado clínico, incluyendo resultados de laboratorio, entre otros.

Con mi consentimiento, **Spanish Hills Medical Group** puede mandarme cartas que les ayuden a desempeñar sus TPO a mi casa o a otra ubicación designada, tales como recordarme las citas, y estados de cuenta, del paciente siempre y cuando estén marcadas Personal y Confidencial.

Con mi consentimiento, **Spanish Hills Medical Group** puede enviarme correos electrónicos a mi casa o a otra ubicación designada, cualquier asunto que le ayude a la oficina a desempeñar sus TPO, tales como recordarme las citas y estados de cuenta del paciente. Tengo el derecho de pedirle a **Spanish Hills Medical Group** que limiten como utilizan o divulgan mis PHI para desempeñar sus TPO.

Sin embargo, la oficina no esta obligada a requerir mi solicitud para los limites de divulgación, pero si lo hace, esta sujeta a este convenio.

Al firmar este contrato, estoy dando mi consentimiento que **Spanish Hills Medical Group** utilice y divulgue mi PHI para desempeñar su TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito excepto en el caso que la oficina ya haya hecho divulgaciones por atenerse a mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, puede que **Spanish Hills Medical Group** se niegue a darme tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Nombre del Guardián Legal en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

