

**Willamette Urología**  
875 Oak St. SE #5030  
Salem, Oregon 97301 (503) 561-7100

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO**

Entiendo que Willamette Urología usará y divulgará información médica sobre mí. Entiendo que mi información médica puede incluir información recibida o creada por la clínica. La información puede ser en forma escrita, en registros electrónicos, palabras dichas, y puede incluir información sobre mi historia médica, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de análisis, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas de medicamentos y parecidos tipos de información médica.

Entiendo que tengo el derecho a recibir y repasar una descripción escrita de cómo manejaría Willamette Urología mi información médica. Esta descripción se llama el Aviso de Prácticas de Privacidad y describe los asuntos y las divulgaciones de información médica, y las prácticas de información privada que siguen los empleados, especialistas, y el personal de Willamette Urología y mis derechos sobre mi información.

Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible para revisar cuando quiero y que también tengo derecho a una copia del actual Aviso de Prácticas de Privacidad con nuevos cambios. Entiendo que las copias de lo más actual Aviso de Prácticas de Privacidad están disponibles en la sala de espera.

Entiendo que tengo el derecho de pedir que una parte o incluso toda mi información médica no sea divulgada ni usada en la manera descrita en el Aviso de Prácticas de Privacidad, y entiendo que Willamette Urología no es requerido por la ley a ponerse de acuerdo con mis peticiones.

Entiendo que Willamette Urología no puede discutir mi información médica con ninguna persona sin permiso escrito. Yo entonces autorizo que Willamette Urología puede divulgar información médica sobre mí y a las personas nombradas abajo. Entiendo que esta información puede incluir diagnósticos, tratamientos, o resultados de los laboratorios y de rayos-X.

**CONSENTIMIENTO A REVELAR INFORMACION – PERSONA(S) AUTORIZADAS:**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo de que he revisado y he entendido la información de este documento y que puedo llevarme una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, disponible en la sala de espera.

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_