

**Dr. Rafael A. Gallardo**

Oftalmólogo

Especialista en Enfermedades y Cirugía de los Ojos

Edif. Pavía II Suite 203

1449 Américo Salas St.

San Juan, PR 00909



P.O. BOX 362158

San Juan, PR 00936

Tels. 787-725-2880

787-725-6001

Fax 787-724-6070

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

Yo consiento a utilizar o divulgar información identificable de salud como se describe a continuación. Yo entiendo que este es un consentimiento voluntario.

1. Entiendo que mi información de salud puede ser utilizada y divulgada para llevar a cabo tratamiento, pago o cualquier otra operación en el cuidado de salud.
2. Entiendo que esta NOTIFICACION de las Políticas de Privacidad proveen una descripción completa de los tipos de usos y divulgaciones que tengo derecho a revisar antes de firmar este consentimiento.
3. Entiendo que los términos de esta NOTIFICACION pueden ser cambiadas por la Oficina. Si es así, puedo obtener una copia revisada.
4. Entiendo que puedo solicitar por escrito que la institución restrinja mi información de salud identificable ya sea para pago, tratamiento y operaciones de cuidado de salud. Entiendo que la oficina no necesariamente tiene que acceder a esta petición.
5. Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto cuando ya se halla divulgado la información en acuerdo con su consentimiento anterior.

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o Representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha