FLORIDA ORTHOPAEDIC INSTITUTE SURGERY CENTER, LLC
AVISO AL PACIENTE SOBRE LAS PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

He leído y comprendo plenamente la información de Florida Orthopaedic Institute Surgery Center *Aviso al Paciente sobre las Prácticas de Información*.

- Entiendo que Florida Orthopaedic Institute Surgery Center puede utilizar o revelar mi información protegida de la salud para llevar a cabo el tratamiento, obtención de pago, evaluar la calidad de los servicios proporcionados y funciones administrativas de atención de salud.
- Entiendo que tengo el derecho a restringir cómo mi información personal de salud es utilizada y divulgada para tratamiento, pagos y funciones administrativas con tal de que se lo notifique a la práctica.
- También entiendo que Florida Orthopaedic Institute Surgery Center examinará las solicitudes de restricción caso por caso, pero no están obligados a aceptar las solicitudes de restricciones.
- Por este medio consiento a la utilización y divulgación de mi información protegida de la salud para los fines señalados en el *Aviso al Paciente sobre las Prácticas de Información* de Florida Orthopaedic Institute Surgery Center.
- Entiendo que me reservo el derecho a revocar este consentimiento, notificándoselo a la práctica por escrito en cualquier momento.
- Entiendo que Florida Orthopaedic Institute Surgery Center tiene el derecho a cambiar su *Aviso al Paciente sobre las Prácticas de Información* y que puedo ponerme en contacto con esta organización en cualquier momento para obtener una copia actualizada de este aviso.

_____
Nombre impreso del paciente/Padre o Madre/Tutor Legal

_____
Firma Fecha

También autorizo a Florida Orthopedic Institute Surgery Center a utilizar mi información protegida de la salud para asuntos de publicidad selecta, marketing selectivo, para la recaudación de fondos y/o a petición para participación en estudios de investigación. Entiendo que tengo el derecho a copiar o inspeccionar cualquier información utilizada para estos propósitos. También entiendo que ésta autorización no afecta a mi consentimiento para utilizar mi información protegida de la salud para el tratamiento, facturación de cuentas, o las funciones relacionadas con el tratamiento y facturación.

_____
Nombre impreso del paciente/Padre o Madre/Tutor Legal

_____ _____
Firma del Paciente Fecha

FOR OFFICE USE ONLY:
Patient was provided with Consent Form and Notice of Patient Information Practices but refused to sign consent form for the following reason:

_____

_____ _____
Staff Signature Date

Patient Label