|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ou-logo | **Universidad de Oklahoma** |  |

**CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD PARA**

**TRATAMIENTOS EN CONSULTORIO, PAGOS Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA**

**CONSENT FOR USE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION FOR**

**IN-OFFICE TREATMENT, PAYMENT, AND OPERATIONS**

Doy consentimiento para el uso de mi Información Protegida de Salud para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago del tratamiento y las operaciones de asistencia médica de Universidad de Oklahoma para quien suscribe o para el paciente de quien soy el padre/la madre o el representante legal autorizado. Entiendo que la Universidad de Oklahoma (en adelante, “UO”) compartirá la información protegida de salud del paciente de acuerdo con las leyes federales y estatales que regulan los tratamientos, las actividades de pago y las operaciones de atención médica y de conformidad con la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que el paciente es responsable de todos los gastos incurridos independientemente del estado de su seguro. Acepto que el paciente debe pagar por los servicios, ya que es él quien genera los gastos. Autorizo a la UO a brindar la información necesaria a la compañía aseguradora u otro pagador del paciente a los efectos del pago, y autorizo a mi compañía aseguradora/pagador a abonar a la UO los servicios presentados en mi nombre. Esta cesión permanecerá vigente a menos que yo la revoque mediante una notificación por escrito.

En caso de ser un estudiante de la UO que solicita un tratamiento o servicios médicos para estudiantes, presto mi consentimiento para la divulgación a mi compañía aseguradora o pagador de los registros sobre mi(s) tratamiento(s)/educación para el pago de los servicios suministrados y autorizo a mi compañía aseguradora o pagador a abonar a la UO por los servicios prestados.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |  | |  |
| **Firma del Paciente, Padre, o Representante Legal Autorizado \*** |  | **Fecha** |  | | **Fecha de Nacimiento del Paciente** | |
|  |  |  | |  | |
| **Nombre en Letra Imprenta del Paciente, Padre o Madre, o Representante Legal Autorizado\*** |  | **Relación con el Paciente** |  | |

\*Se podrá solicitar documentación que lo acredite como representante legal.