

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____ Número de Récord _____

Fecha de efectividad _____

Esta notificación de la política de privacidad y confidencialidad provee información respecto a cómo el Departamento de Servicios Médicos del Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico puede utilizar o divulgar información médica de sus pacientes. Usted tiene derecho a leer y revisar esta notificación antes de firmar este consentimiento.

Como se expresa en este documento, en el futuro el contenido y alcance de esta notificación puede ser objeto de revisiones y cambios por lo cual de esto acontecer, usted puede solicitar una copia revisada de la misma en el área de expedientes clínicos del Departamento.

Usted tiene derecho a solicitar por escrito que la divulgación de su información médica sea limitada o restringida respecto a su uso. De igual manera usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito excepto respecto a información médica ya divulgada conforme a su consentimiento previo.

De entender necesario el paciente aclarar cualquier información contenida en este documento o requerir información adicional al respecto, debe dirigirse al Oficial de Privacidad y Seguridad del Departamento.

Nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente