

ARMANDO J. JARQUIN, M.D., P.A.
Aviso Sobre Practicas de Privacidad (HIPAA)
Y Contrato del Paciente para el Cuidado de la Salud

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Este aviso ha sido preparado para cumplir con el Decreto de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 ("HIPPA"). El HIPPA fue promulgado por el Congreso para establecer normas que protejan la confidencialidad y seguridad de su informacion medica.

Esta aviso describe en general las diferentes maneras en que su informacion medica protegida puede ser utilizada y divulgada para poder proporcionale a usted tratamiento medico, para que pueda cobrar el pago por los servicios recibidos, y para la atencion a la salud.

Yo consiento voluntariamente a procedimientos diagnosticos y tratamiento por Armando J. Jarquin, MD, PA, como mi medico lo requiera necesario. Yo confio en mi medico por informacion relacionada y comprendo que no se me ha hecho ninguna garantía o seguridad acerca del resultado o cura de mi problema medico. Esta forma me ha sido explicada y yo certifico que entiendo todo su contenido.

Yo autorizo a Armando J. Jarquin, MD, PA de darle informacion verbal y/o por escrito en caso de que sea necesario a la(s) siguientes personas:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Relación con el paciente (si lo firma una persona que representa al paciente):

