



140 Dameron Avenue, Knoxville, TN 37917
Phone: 215-5000 Fax: 215-5002 TDD: 215-5001

PERMISOS DEL PACIENTE Y ACUERDO DE PRIVACIDAD

Sección 1 Permiso al servicio

Yo, el signatario, soy el paciente o un representante legal del paciente. Doy mi permiso voluntariamente para la atención y tratamiento médico del Departamento de Salud del Condado de Knox (KCHD), sus médicos, empleados y/o agentes. Esta atención y tratamiento abarca todos los tratamientos diagnósticos y terapéuticos, incluidas las vacunas, considerados necesarios o adecuados a juicio del médico y proporcionados por KCHD. Cualquier información de salud sobre la atención médica y tratamiento de KCHD, sus médicos, empleados y/o agentes puede utilizarse o compartirse para fines de su tratamiento, pagos por los servicios o usos operativos.

De necesitarse para remisiones médicas, KCHD compartirá información sobre enfermedades de transmisión sexual (STD), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), el virus de inmunodeficiencia en humanos (VIH), planificación familiar, o tratamiento por abuso de sustancias o servicios de salud mental. Con mi firma en este formulario, doy permiso a KCHD a compartir esta información para coordinar y optimizar mi atención. De pedirlas, KCHD puede darme copias de mis resultados de análisis o diagnósticos, notas médicas, registros de vacunas, y cualquier otra información de la visita de hoy.

Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y concuerdo en que no se me han dado garantías con relación al resultado de tratamientos o exámenes realizados por el médico o por KCHD.

Entiendo que, para proteger de contagios de enfermedades transmisibles por la sangre, como la hepatitis B y C, y el sida, podría ser necesario realizar análisis de ciertas enfermedades en mi sangre, en caso de una exposición accidental a otro paciente o empleado de KCHD. Entiendo que mi sangre no se analizará a menos que lo prescriba KCHD y que los resultados de todas las pruebas se mantendrán confidenciales. De ser necesario estos análisis, no se le cobrarán al paciente.

Sección 2 Permiso para que KCHD hable con otros

De no estar disponible, KCHD puede comunicarse con otra(s) persona(s) de su confianza sobre su atención médica. Por favor indique esta(s) persona(s), escriba nombres y teléfonos. Solo se les llamará si usted no está disponible. **Si luego usted ya no quiere que hablemos con alguna de estas personas, díganos que quiere llenar otro formulario. Los resultados de los análisis de enfermedades de transmisión sexual (STD) solo se le dan al paciente.**

_____ (Iniciales del paciente/representante) No desea que KCHD hable con nadie, si usted no está disponible.

Nombre /Teléfono	Relación	SOLO dar
		<input type="checkbox"/> Información sobre citas <input type="checkbox"/> Resultados de análisis
		<input type="checkbox"/> Información sobre citas <input type="checkbox"/> Resultados de análisis
		<input type="checkbox"/> Información sobre citas <input type="checkbox"/> Resultados de análisis

Sección 3 Acuerdo de privacidad

He revisado y aceptado la información de la **Notificación de Prácticas de Privacidad (NPP)**. La NPP brinda la descripción completa de cómo se usa y comparte mi información de salud. Entiendo que la NPP también está publicada en cualquier local clínico que provee servicio, así como en Internet, en www.knoxcounty.org/health, y puedo pedir una copia en papel. También entiendo que tengo el derecho a revisar la NPP antes de firmar este acuerdo.

Label: Name DOB

Sección 4

Derecho a pedir restricciones

Tengo el derecho de pedir restricciones en cómo mi información de salud puede usarse, compartirse o divulgarse para realizar el tratamiento, cobro u operaciones de atención médica del KCHD. Entiendo que KCHD no está obligado a estar de acuerdo con estas restricciones. Puedo retirar solo por escrito este pedido de futuras restricciones. Todas las restricciones se aprueban por un año. Puedo pedir que mi información de salud electrónica se revise y se converse conmigo antes de divulgarla en mi portal.

Ponga sus INICIALES (Esta sección **no** es la autorización para divulgar información.)

SIN RESTRICCIONES

_____ (Iniciales del paciente/representante) No tengo restricciones para el tratamiento, cobro u operaciones.

----- **O BIEN** -----

CON RESTRICCIONES

_____ (Iniciales del paciente/representante) Solicito estas restricciones sobre el uso o divulgación de mi información de salud protegida para el tratamiento, cobro u operaciones de atención médica: De mi bolsillo Otro: _____

_____ (Iniciales del paciente/representante) Favor de enviar mi información de salud protegida a esta dirección en lugar de mi residencia principal: _____

Sección 5

Firmas

He leído las **CUATRO** secciones o me las han leído, comprendo y acepto su contenido, a menos que se indique lo contrario.

Paciente (persona a quien vemos hoy)	Padre/Madre/Tutor/Representante del paciente
_____ Firma del paciente	_____ Firma del padre/madre/tutor/representante
_____ Nombre del paciente (impreso)	_____ Nombre del padre/madre/tutor/representante (impreso)
_____ Fecha	_____ Fecha
	_____ Relación con el paciente
Vacunas para menores de edad: Bajo pena de falsificación, confirmo que soy padre/madre/tutor legal de, (escriba el nombre del menor de edad) _____ y tengo la autoridad parental para dar consentimiento escrito para la vacunación, según lo exige Tennessee Code §63-1, firmando aquí _____	

(De aplicar, complete esta sección) Incapacidad:

El paciente, _____, no puede firmar porque _____

(Opcional) Otro padre/madre/tutor/representante que puede solicitar atención y dar consentimiento para el menor:

Nombre de OTRO padre/madre/tutor/representante

Relación con el paciente

KCHD Staff:

Signature of Witness

Date

For KCHD Office Use Only: Patient refused to sign this form after effort to obtain acknowledgement. Describe why patient would not sign: _____

Label:
Name
DOB