



Date Completed: _____

MRN: _____

DOB: _____

Campus Principal: 3025 SW Corbett Ave. Portland, OR 97201
NUNM Centro de Información: 503-552-1551

Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA y consentimiento

Por este medio doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi Información de salud protegida a los Centros de Salud de la National University of Natural Medicine (NUNM) para operaciones de **tratamiento, pago y atención médica** o según lo exija la ley.

- La NUNM ha publicado su Aviso de prácticas de privacidad en el sitio web de los Centros de Salud de la NUNM, www.nunmhealthcenters.com, que proporciona información más detallada sobre el uso y la divulgación de mi Información de salud protegida. Tengo derecho a revisar el Aviso antes de firmar este consentimiento y a recibir una copia impresa del Aviso.
- Tengo derecho a solicitar restricciones en el uso y la divulgación de mi Información de salud protegida.
- Tengo derecho a solicitar una alternativa al método estándar de comunicación de mi Información de salud protegida.
- Tengo derecho a revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Las revocaciones estarán en vigencia a partir de la fecha en la que se reciban en los Centros de Salud de la NUNM, en la siguiente dirección: 3025 SW Corbett Avenue, Portland, Oregon 97201.
- Entiendo que, si bien la NUNM puede acceder a estas solicitudes, no está obligada por ley a hacerlo.
- La NUNM forma parte de un convenio organizado de atención médica que incluye a participantes de la Red comunitaria de información de salud de Oregon (*Oregon Community Health Information Network, OCHIN*), que utiliza el sistema *Care Everywhere*. Hay una lista de participantes de la OCHIN a disposición en <http://www.community-health.org/partners.html>. Como socio comercial de los Centros de salud de la NUNM, la OCHIN proporciona tecnología de información y servicios relacionados a los Centros de Salud de la NUNM y a otros participantes de la OCHIN. Además, la OCHIN se involucra en actividades de evaluación y mejora de calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, la OCHIN coordina actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de mejores prácticas y valorar los beneficios clínicos que podrían derivar del uso de sistemas de historias clínicas electrónicas. Asimismo, la OCHIN ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar la gestión de remisión de pacientes, tanto a nivel interno como externo. Los Centros de Salud de la NUNM podrán compartir su información de salud con otros participantes de la OCHIN y de *Care Everywhere* solo cuando sea necesario a efectos de operaciones de atención médica del convenio organizado de atención médica.
- Soy consciente de que la NUNM se reserva el derecho de cambiar los términos de su Aviso de prácticas de privacidad y efectuar nuevas disposiciones de prácticas de privacidad para toda la información de salud protegida que tiene en archivo. En caso de modificaciones, la NUNM pondrá a disposición un Aviso de prácticas de privacidad modificado para que yo lo revise.

He leído y comprendido en su totalidad los acuerdos y autorizaciones que anteceden.

Paciente (de 18 años o mayor) Fecha

Padre, madre, tutor o persona responsable Fecha

Firma del padre, madre o tutor Fecha