



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 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 Universidad Nacional de Medicina Natural (NUNM) para operaciones de **tratamiento, pago y atención médica** o según lo que exija la ley.

- NUNM ha publicado su Aviso de Prácticas de Privacidad en el sitio web de los Centros de Salud de NUNM, www.numhealthcenters.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, aunque NUNM puede acceder a estas solicitudes, no está obligada por ley a hacerlo.
- NUNM forma parte de un convenio organizado de atención médica que incluye a participantes de la Red Comunitaria de Información de Salud de Oregon: OCHIN. Una lista actual de participantes de OCHIN está disponible en www.ochin.org. Como socio comercial de NUNM, OCHIN proporciona tecnología de información y servicios relacionados a los Centros de Salud de NUNM y a otros participantes de OCHIN. OCHIN también se involucre en actividades de evaluación y mejoramiento de calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, 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 historiales clínicos electrónicos. OCHIN también la ayuda a participantes a trabajar en colaboración para mejorar el manejo de referentes internos y externos de pacientes. Su información de salud podrá ser compartida por NUNM con otros participantes de OCHIN o un intercambio de información de salud solo cuando sea necesario para el tratamiento médico o para el propósito de las operaciones de atención médica del acuerdo organizado de atención médica. Operaciones de atención médica puede incluir, entre otras cosas, geocodificar la ubicación de su residencia para mejorar los beneficios clínicos que recibe. La información personal de salud puede incluir información médica del pasado, presente o del futuro tal como información resumida en las Reglas de Privacidad. La información, en la medida revelada, será revelada consistentemente con las Reglas de Privacidad y cualquier otra ley aplicable según modificada de vez en cuando. Tiene el derecho de cambiar de mente y retirar su consentimiento, sin embargo, la información podrá haber sido proporcionada tal como permitido por usted. Este consentimiento permanecerá en efecto hasta que usted lo revoque por escrito. Si es pedido, se le proporcionará una lista de entidades a quienes se les haya revelado su información.
- Soy consciente de que 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, 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