

# Hillsboro Cardiology, P.C.

Physicians, Board Certified in Cardiovascular Diseases

Daniel W. Isenbarger, MD, MPH  
M. Darren Mitchell, MD, MPH  
Kevin J. Woolf, MD  
Armando D. Camara, MD  
Sam Lau, MD  
Anna Kearney, PA

## RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Comprendo que la oficina del Cardiólogo de Hillsboro, PC utilizará y divulgará información médica sobre mí.

Entiendo que mi información de salud puede incluir información tanto creada como recibida por la práctica, puede ser en forma de registros escritos o electrónicos o palabras habladas, y puede incluir información sobre mi historial de salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de exámenes, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas y tipos similares de relacionada con la salud información.

Entiendo que Hillsboro Cardiology, PC puede usar y divulgar mi información de salud para:

- tomar decisiones y planear mi cuidado y tratamiento;
  - referir, consultar, coordinar y manejar junto con otros proveedores de atención médica para mi cuidado y tratamiento;
  - determinar mi elegibilidad para el plan de salud o la cobertura de seguro, y presentar facturas, reclamos y otra relacionada informaciones las compañías de seguros u otras personas que puedan ser responsables de pagar parte o la totalidad de mi atención médica;
- Y
- realizar diversas funciones de oficina, administrativas y de negocios que apoyan los esfuerzos de mi médico me proporcione,organizar y reembolso de la atención médica de calidad y rentable.

También entiendo que tengo derecho a recibir y revisar una descripción escrita de cómo Hillsboro Cardiology, PC maneja la información de salud sobre mí. Esta descripción escrita se conoce como Aviso de Prácticas de Privacidad y describe los usos y divulgaciones de la información médica realizada y las prácticas de información seguidas por los empleados, el personal y la oficina personal de la de Hillsboro Cardiology, PC, y mis derechos con respecto a mi información médica.

Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad puede ser revisado de vez en cuando, y que tengo derecho a recibir una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad revisado. También entiendo que pueda obtener una copia o el resumen de la versión más reciente de Hillsboro se publicará en el área de espera / recepción en la oficina de la Cardiología, el Aviso de prácticas de privacidad de PC.

Entiendo que tengo derecho a solicitar que parte o toda mi información médica no sea utilizada o divulgada de la manera descrita en el Aviso de Prácticas de Privacidad, y entiendo que la ley no exige que Hillsboro Cardiology, PC aceptar solicitudes.

Al firmar a continuación, acepto que he revisado y entiendo la información anterior y que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

Nombre del paciente _____ (Por favor escriba su nombre)	Fecha de nacimiento _____
Firma: _____ (Paciente o representante del paciente)	Fecha: _____
Descripción de la autoridad de los representantes (si corresponde): _____	