



DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA DEL CONDADO DE GUILFORD  
PLAN DE ACATAMIENTO: RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DE HIPPA

RECONOCIMIENTO/CONSENTIMIENTO PARA USAR  
Y

REVELAR INFORMACION REFERENTE A LA SALUD DEL PACIENTE

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre Inicial 2do. nombre \_\_\_\_\_

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que he recibido una copia de la **Notificación de normas de privacidad**  
(escriba su nombre en letra de imprenta)

del Departamento de Salud del Condado de Guilford y entiendo que debo comunicarme con **Tisha Adams** si tengo preguntas concernientes al contenido de la notificación.

Firma del paciente/padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

Doy al Departamento de Salud Pública del Condado de Guilford mi consentimiento voluntario para usar y revelar información sobre mi salud/información médica para efectos de tratamiento, pago y asuntos referentes a asistencia médica.\* Sé que la información sobre mi salud/información médica usada y dada a conocer puede incluir información sobre enfermedades contagiosas (tales como VIH). Sé que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en el caso de haberse tomado medidas en conformidad a éste. Estoy enterado que este consentimiento es válido hasta que yo lo revoque y si quiero revocar este consentimiento, lo debo hacer por escrito.

\* Ver nuestra "Notificación de normas de privacidad" para la definición de los términos "tratamiento", "pago" y "asuntos referentes a asistencia médica".

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre, tutor u otra persona legalmente responsable (si se requiere) Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo Fecha

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO PARA USAR Y REVELAR INFORMACIÓN REFERENTE A LA SALUD DEL  
PACIENTE

Por la presente solicito que mi consentimiento voluntario dado al Departamento de Salud Pública del Condado de Guilford para usar y revelar información sobre mi salud/información médica para efectos de tratamiento, pago y asuntos referentes a asistencia médica firmado por mi el \_\_\_\_\_ sea rescindido y entrará en vigencia el \_\_\_\_\_.

(Poner fecha de la firma)

Tengo conocimiento que cualquier acción tomada con prioridad a la fecha de rescisión es legal y vinculante.

\_\_\_\_\_  
(Firma del pacientet) (Fecha) (Firma del testigo) (Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma del representante personal) (Fecha) (Relación con el representante personal/Autoridad)



**DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA DEL CONDADO DE GUILFORD**  
**PLAN DE ACATAMIENTO: RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DE HIPPA**

---