

GERIG SURGICAL ASSOCIATES, P.C.

2006 South Main Street, Suite A, Goshen, IN 46526
Phone: 574.535.9100 Fax: 574.535.1020

NATHANIEL T. DEW, MD, FACS DANIEL A. DIENER, MD, FACS KEVIN D. GERIG, MD, FACS WINSTON D. GERIG, MD, FACS
JOHN C. MARTENS, MD, FACS DENISE C. MURPHY, MD, FACS MARK R. RANZINGER, MD, FACS KRISTAN M. RHEINHEIMER, FNP-BC

Reconocimiento y Consentimiento a que se Utilice y a que se Comparta la Información Médica para el Tratamiento, Remuneración u Operaciones de Cuidado Médico

Entiendo que, como parte de mi cuidado médico, **Gerig Surgical Associates, P.C.**, origina y mantiene los expedientes que describen mi historia médica, los síntomas, los exámenes y los resultados de las pruebas, los diagnósticos, el tratamiento y cualquier plan de cuidado o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como:

- *La base de planear mi cuidado y tratamiento*
- *Medio de comunicación entre los profesionales de cuidado médico que participan en mi cuidado*
- *Fuente de información para poder cobrar por el diagnóstico y la cirugía*
- *Medio por el cual un pagador tercero puede verificar que realmente se proveyeron los servicios*
- *Una herramienta para operaciones de cuidado médico rutinario, tales como evaluar la calidad y la competencia de los profesionales de cuidado médico*

Entiendo y me han proporcionado el Aviso de Prácticas de Información, el cual provee una descripción más completa de cómo se utiliza la información y de cómo será compartido. Entiendo que tengo el derecho a revisar el aviso antes de firmar este permiso. Entiendo que **Gerig Surgical Associates, P.C.**, se reserva el derecho de cambiar sus avisos y prácticas y previo a implementarlos, se colocará una copia de la notificación revisada en la oficina de **Gerig Surgical Associates, P.C.** y se hará una copia de la notificación revisada a para mi disposición si lo solicito. Entiendo que yo tengo el derecho de protestar cualquier uso de mi información de salud, de cualquier directorio público de **Gerig Surgical Associates, P.C.**

Entiendo que tengo el derecho de pedir restricciones de cómo se emplee o se comparta mi información médica para tratamientos, pagos u operaciones de cuidado médico y que, **Gerig Surgical Associates, P.C.**, por lo general, no están obligados a estar de acuerdo con las restricciones solicitadas. Sin embargo, **Gerig Surgical Associates, P.C.** deben estar de acuerdo con mi petición de restringir la divulgación de mi información de los pacientes a un plan de salud si la revelación es para llevar a cabo las operaciones de pago o asistencia médica y no está obligado por la ley, y la información se refiera solamente a un artículo de cuidado de salud o servicio para el que yo (o una persona en mi nombre que no sea el plan de salud) ha pagado **Gerig Surgical Associates, P.C.** en su totalidad. Entiendo que yo puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto hasta donde **Gerig Surgical Associates, P.C.** ya haya tomado acción sobre ello.

Los expedientes de **Gerig Surgical Associates, P.C.**, pueden contener información creada por otra entidad que no sea **Gerig Surgical Associates, P.C.** **Gerig Surgical Associates, P.C.**, no asume la responsabilidad por la información contenida en eso (incluso la exactitud, la relevancia, la falta de detalles, la legibilidad o la falta de ello en los expedientes incorporados). El paciente expresamente pide que se comparta todos los expedientes mantenidos por **Gerig Surgical Associates, P.C.** relativo a él, incluso expedientes incorporados. El paciente acepta que **Gerig Surgical Associates, P.C.** no tiene ni asume la obligación al paciente con respecto al contenido u omisiones de tales expedientes incorporados.

- Ninguna restricción
- Pido las siguientes restricciones al empleo o a la revelación de mi información médica _____

Firma del Paciente o su Representante Legal

Firma del Testigo

Fecha Vigente del Aviso es el 23 de Septiembre de 2013

Gerig Surgical Associates, P.C., no pudo obtener el reconocimiento/consentimiento debido a:

- Emergencia Paciente incapaz de responder Paciente confundido/desorientado Paciente sedado
- Rechazo del Paciente (Razón) _____

This area for use by **Gerig Surgical Associates, P.C.** personnel only:

Restriction on use or disclosure Accepted Denied

Signature: _____ Date: _____