**CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y REVELACIÓN DE MI INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE SALUD**

**NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firmando esta forma, usted está dando consentimiento a (Raffi Karapetian, D.O., Matthew Littel, O.D.) para usar y revelar su información protegida de salud para realizar tratamientos, pagos, o operaciones de cuidado de salud. Para una descripción más completa de estos usos y revelaciones, por favor refiérase a nuestro “Notice of Privacy Practices” (Aviso de Prácticas de Privacidad).**

**Usted tiene el derecho a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Sin embargo, nosotros reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad, y cambiar los términos del aviso. Cualquier disposición de notificación nueva será efectiva para toda la información de salud protegida que nosotros mantenemos. Si quisiera obtener un aviso revisado, usted puede ponerse en contacto con nuestro oficial de privacidad.**

**Usted tiene el derecho de pedir que (Raffi Karapetian, D.O., Matthew Littel, O.D.) restrinjan como usar y revelar su información de salud protegida. Nosotros no somos requeridos a aceptar tal restricciones, pero si hacemos la restricción, entonces seremos restringidos. Si aceptamos, restringimos nuestro uso y revelación a un medio donde documentamos tal escritura y lo/la notificaremos.**

**Usted tiene el derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto que (Raffi Karapetian, D.O., Matthew Littel, O.D.) haya actuado confiando en él.**

**YO ENTIENDO Y ACEPTO A LO PRECEDENTE:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTATIVO PERSONAL FECHA**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(RELACIÓN AL PACIENTE)**

**USTED ESTÁ INTITULADO A PEDIR UNA COPIA DE ESTA FORMA DE CONSENTIMIENTO FIRMADO**