



Consentimiento Del

Paciete

Al firmar esta usted le esta dando su consentimiento a ROSEMARK WOMENCARE SPECIALISTS, LASERCARE Y WOMEN'S HEALTHCARE ASSOCIATES de usar y reveler su informacion medica protegida para las rezones de tratamiento, pagos, y operaciones de salud. Nuestro folleto de Practicas de Privacidad explica con detalle las maneras en que podemos usar y reveler su informacion medica. Usted tiene el derecho por la ley de reviser nuestro folleto, de Practicas de Privacidad. Antes de firmar este consentimiento, le sugeremos que lo lea por complete.

Nuestro folleto de Practicas de Privacidad puede cambiar. En caso de haya un cambio, usted puede obtener una copia revisada via Internet en www.rosemark.net o puede llamarnos al (208)557-2900.

Usted tiene el derecho de pedir retener su informacion medica protegida para uso de tratamiento, pagos, o operaciones de su salud. Por la ley no tenemos que tomar en cuenta sus peticiones. Pero podemos llegar a un acuerdo para tomar en cuenta sus peticiones.

Usted tiene el derecho de retirar este consentimiento en una carta, menos la informacion medica protegida que ya se ha revelado de acuerdo con este consentimiento.

Firma de paciente _____

Fecha _____

**Por Health Insurance Portability
Su firma es valida para 6 anos.
And Accountability Act (HIPAA)**