



**BAKER VICTORY SERVICES**  
*Continuing Father Baker's Legacy of Caring*

**Consentimiento para Uso y Divulgación de Información Protegida sobre la Salud para Operaciones de Tratamiento, Remuneración y Cuidado de la Salud**

**Sección A:**

Nombre del cliente/persona: \_\_\_\_\_ No. de ID del cliente/persona: \_\_\_\_\_

Autorizo que el personal y los asociados comerciales de la Agencia listada a continuación usen y divulguen mi Información Protegida sobre la Salud con el propósito de las operaciones de tratamiento, remuneración y cuidado de la salud.

Nombre de la agencia que ha de utilizar y divulgar la información:

**Baker Victory Dental Center**

---

Dirección de la agencia:

**790 Ridge Road**

---

**Lackawanna, NY 14218**

---

**Sección B. Información importante con respecto a este consentimiento:**

1. Comprendo que las leyes de New York requieren que dé mi consentimiento antes de que una agencia pueda utilizar o divulgar mi información protegida sobre la salud para operaciones de tratamiento, remuneración o cuidado de la salud.
  
2. Comprendo que la agencia puede usar o divulgar esa información para:
  - ◆ planificar mi cuidado y tratamiento; comunicarse entre los diferentes profesionales del cuidado de la salud que estén involucrados en mi cuidado o tratamiento;
  - ◆ obtener remuneración por el cuidado suministrado por la agencia o por actividades de remuneración de otro proveedor o entidad para el cuidado de la salud;
  - ◆ suministrar información a mi plan o compañía de seguro de la salud;
  - ◆ obtener remuneración de parte de mi plan o compañía de seguro de la salud; y
  - ◆ evaluar o revisar la calidad de los cuidados.

VII.12.6-1

3. Comprendo que se requiere mi firma en el consentimiento para poder recibir cuidados por parte de la agencia y que la agencia puede poner como condición de mi tratamiento el obtener mi consentimiento para usar y divulgar mi información protegida sobre la salud para las operaciones de tratamiento, remuneración y cuidado de la salud.
4. Comprendo que en el Aviso sobre prácticas de privacidad de la agencia se incluye información adicional sobre el uso y divulgación de mi información protegida sobre la salud para operaciones de tratamiento, remuneración y cuidado de la salud por parte de la agencia.

**FIRMA**

He leído y comprendido las cláusulas de este consentimiento. Se me dio la oportunidad de hacer preguntas acerca del uso o divulgación de mi información protegida sobre la salud.

Firma del cliente/persona o del representante personal: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del cliente/persona o del representante personal: \_\_\_\_\_

Explicación de la autoridad del representante personal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN PARA CONTACTO**

Información para contacto del representante personal que firma este formulario:

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ (En el día) \_\_\_\_\_ (Por la noche)

**Para Uso de la Agencia Solamente**

**Para uso de la agencia solamente:**

Fecha en que la agencia obtuvo el consentimiento: \_\_\_\_\_

Nombre y cargo de la persona que obtuvo el consentimiento: \_\_\_\_\_

Acción tomada por la agencia luego del consentimiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VII.12.6-2