

## OGUNRO HAND TO SHOULDER CENTER

OLAYINKA OGUNRO, M.D./CHARITY SHADE OGUNRO, M.D./OLABISI OGUNRO, D.O.

3670 W. WHEATLAND RD, DALAS, TX 75237

972-296-3875

### CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y LA DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Con mi consentimiento, **OGUNRO HAND TO SHOULDER CENTER** puede usar y divulgar informacion de salud protegida (PHI) sobre mi para llevar acabo operaciones de tratamiento, pago y atencion medica (TPO). Consulte el Aviso de Practicas de Privacidad de **Ogunro Hand To Shoulder Center** para obtener una descripcion mas completa de dichos usos y divulgaciones.

Tengo el derecho de revisar el Aviso de practicas de privacidad antes de firmar el consentimiento. **Ogunro Hand To Shoulder Center** se reserve el derecho de revisar su Aviso de Practicas de Privacisas en cualquier momento. Se puede obtener una notificacion revisada de practicas de privacidad en la oficina principal.

Con mi consentimiento, **Ogunro Hand To Shoulder Center** puede llamar a mi casa, contestador automatic, correo de voz, telefono celular o empresa, y puede hablar con quien especifique y dejar un mensaje en referencia a cualquier llamada relacionada con mi atencion clinica, incluidos los resultados de laboratorio, entre otros, o puede hablar en persona con las especificidad en este formulario sobre mi atencion.

Con mi consentimiento, **Ogunro Hand To Shoulder Center** puede enviar por correo, fax a mi hogar u otras instalaciones de atencion medica cualquier articulo que ayude a la practica en la realizacion de TPO, como tarjetas de recordatorio de citas, declaraciones del paciente, notas de graficos, datos demograficos, etc. Con mi consentimiento, la oficina puede llamr a una farmacia, con el farmaceutico y/o fax.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento a **Ogunro Hand To Shoulder Center** para usar y divulgar mi PHI para llevar acabo TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la practica ya haya hecho divulgacion en dependencia de mi consentimiento previo. **SI NO FIRMO ESTE CONSENTIMIENTO, OGUNRO HAND TO SHOULDER CENTER PUEDE DEJAR DE OFRECERME TRATAMIENTO.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Paciente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de persona con la que podemos dejar un mensanje