

# Formulario de consentimiento informado

Revise las declaraciones a continuación e incluya sus iniciales en donde se solicita.

---

Apellidos	Nombre	Inicial de segundo nombre	Fecha de nacimiento
-----------	--------	---------------------------	---------------------

## Consentimiento para evaluación y tratamiento

Mediante la presente, autorizo que Lake Jackson ENT evalúe y proporcione tratamiento para mis necesidades de otorrinolaringología, además de las correspondientes a mi sistema auditivo. Esto puede incluir el tratamiento médico de una serie de trastornos de oído, nariz y garganta, evaluación del umbral de audiometría integral y reconocimiento del habla; timpanometría; examen de reflejo acústico e impresiones de molde auditivo.

Iniciales \_\_\_\_\_

## Consentimiento de la HIPAA (copias de la normativa disponibles bajo petición)

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad relativos a mi información médica protegida. Estos derechos se me otorgan bajo la Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de 1996. Entiendo que mediante la firma de este consentimiento, les autorizo para el uso y la divulgación de mi información médica con el fin de llevar a cabo tratamientos, actividades de facturación u otras que permita la normativa aplicable.

Iniciales \_\_\_\_\_

## Consentimiento de fotografía médica

Acepto que se me realicen fotos en el transcurso de 1) evaluación y planificación preoperatoria; 2) evaluación o documentación de procedimiento o intraoperatoria; o 3) evaluación o documentación postoperatoria. El término "fotografía" incluye en el presente fotografías estáticas o vídeos en formato digital u otros, además de cualquier otro medio de registro o de reproducción de imágenes.

Iniciales \_\_\_\_\_

## Autorización para incluirme en comunicaciones con fines educativos o de marketing

La autorización de incluirme en las comunicaciones de marketing de esta consulta significa que puedo:

- A. Recibir comunicaciones relativas a alternativas de tratamiento u otros servicios o productos relacionados con la salud.

### Opciones de autorización de marketing:

- Deseo recibir comunicaciones de marketing únicamente de esta consulta.
- Deseo recibir comunicaciones de marketing de esta consulta y los negocios asociados a la misma.
- NO** deseo recibir **NINGUNA** comunicación de marketing

Iniciales \_\_\_\_\_

Su información nunca se ofrecerá ni venderá a ninguna entidad externa. Cualquier divulgación de su información médica protegida requiere un formulario de autorización de la HIPAA. Puede optar por cancelar su inclusión en comunicaciones con fines educativos o de marketing escribiéndonos a:

**215 Oak Drive South, Suite F, Lake Jackson, TX 77566**

---

Firma del paciente

Fecha