

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Número de Récord \_\_\_\_\_

Fecha de efectividad \_\_\_\_\_

Esta notificación de la política de privacidad y confidencialidad provee información respecto a como el Departamento de Servicios Médicos del Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico puede utilizar o divulgar información médica de sus pacientes. Usted tiene derecho a leer y revisar esta notificación antes de firmar este consentimiento.

Como se expresa en este documento, en el futuro el contenido y alcance de esta notificación puede ser objeto de revisiones y cambios por lo cual de esto acontecer, usted puede solicitar una copia revisada de la misma en el área de expedientes clínicos del Departamento.

Usted tiene derecho a solicitar por escrito que la divulgación de su información médica sea limitada o restringida respecto a su uso. De igual manera usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito excepto respecto a información médica ya divulgada conforme a su consentimiento previo.

De entender necesario el paciente aclarar cualquier información contenida en este documento o requerir información adicional al respecto, debe dirigirse al Oficial de Privacidad y Seguridad del Departamento.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha y hora

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente