



## Consentimiento Anual

### Cómo HFA usa y comparte su información

**Divulgación de la información para las operaciones de cuidado continuo y el cuidado de la salud:** Con el propósito de asegurar un seguimiento adecuado, una continuidad del cuidado y para apoyar las operaciones del cuidado de la salud de HFA, estoy de acuerdo con que HFA divulgue información sobre mi salud a mis doctores y/o a otros proveedores fuera de HFA, incluyendo proveedores de referencias, gerentes de proyectos y otros individuos, según lo requiere el Estado de Minnesota, para hacer un seguimiento a mi cuidado.

El grupo médico Hennepin Faculty Associates (HFA) comparte Registros Electrónicos de Salud con el Centro Médico del Condado de Hennepin (HCMC), el centro de bienestar y salud NorthPoint Health & Wellness Center y otras clínicas del Condado de Hennepin. Entiendo y estoy de acuerdo en permitir que HFA use este registro de salud para el tratamiento, pago y otros propósitos relacionados con el cuidado de la salud. También estoy de acuerdo en permitir que HFA use cualquier registro del cuidado de mi salud ya existente en el sistema electrónico para mi cuidado y tratamiento.

**Recibo del aviso sobre privacidad:** Reconozco que tengo disponible el Aviso de Prácticas de Privacidad de HFA, el cual se destaca en el área de la recepción. Sé que puedo solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

**Entiendo que este Consentimiento Anual será efectivo por un año a menos que sea revocado por mí por escrito. Una revocación no aplicará a las publicaciones ya**

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

**Nombre del paciente (letra impresa):** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_

**Si el paciente no puede firmar:**

Fecha: \_\_\_\_\_ Razón por la que el paciente no puede firmar: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que firma por el paciente (letra impresa): \_\_\_\_\_

Firma de la persona que firma por el paciente: \_\_\_\_\_