

THE VOICE AND SWALLOWING CENTER OF PUERTO RICO  
CENTRO DE VOZ Y TRAGADO DE PUERTO RICO



Galeria San Patricio

Phone:

787-426-2554

Fax:

787-792-6299

E-Mail:

[drjgiraldes@icloud.com](mailto:drjgiraldes@icloud.com)

Web:

[voicecenterpr.com](http://voicecenterpr.com)

### CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Yo consiento a utilizar o a divulgar informacion identificable de salud como se describe a continuacion. Yo entiendo que este es un consentimiento voluntario.

1. Entiendo que mi informacion de salud puede ser utilizada y divulgada para llevar a cabo tratamiento, pago o cualquier otra operacion en el cuidado de salud.
2. Entiendo que esta Notificacion de las Politicas de Privacidad proven una descripcion complete de los tipos de usos y divulgaciones que tengo derecho a revisar antes de firmar este consentimiento.
3. Entiendo que los terminus de esta notificacion puedan ser cambiadas por la oficina. Si es asi, puedo obtener una copia revisada.
4. Entiendo que puedo solicitar por escrito que Institucion restrinja mi informacion de salud identificable ya sea para pago, tratamiento y operaciones de cuidado de salud.
5. Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito, except cuando se haya divulgado la informacion en acuerdo con su consentimiento anterior.

### PATIENT CONSENT

I consent to use or disclose identifiable health information as described below. I understand that this is a voluntary consent.

1. I understand that my health information may be used and disclosed to carry out treatment, payment or any other operation in health care.
2. I understand that this Notice of Privacy Policy provides a complete description of the types of uses and disclosures that I have the right to review before signing this consent.
3. I understand that the terms of this notice may be changed by the office. If so, can I get a revised copy.
4. I understand that I may request in writing that the Institution restrict my identifiable health information for payment, treatment, and health care operations.
5. I understand that I have the right to revoke this consent in writing, except when the information has been disclosed in accordance with your prior consent.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Patient Signature

\_\_\_\_\_  
Fecha/Date

THE VOICE AND SWALLOWING CENTER OF PUERTO RICO  
CENTRO DE VOZ Y TRAGADO DE PUERTO RICO



Galeria San Patricio

**Phone:**

787-426-2554

**Fax:**

787-792-6299

**E-Mail:**

[drjgiraldez@icloud.com](mailto:drjgiraldez@icloud.com)

**Web:**

[voicecenterpr.com](http://voicecenterpr.com)

Representante del Paciente/Patient Signature