



4920 South 30<sup>th</sup> Street, Suite 103, Omaha, NE 68107

# Consent for Use and Disclosure of Health Information

---

**Purpose:** This form is used to obtain a patient's consent to our use and disclosure of the patient's protected health information to carry out treatment, payment activities, and healthcare operations, as described more fully in our Notice of Privacy Practices.

---

## SECTION A: PATIENT GIVING CONSENT

Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Patient Number: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_

## SECTION B: TO THE PATIENT—PLEASE READ THE FOLLOWING STATEMENTS CAREFULLY.

**Purpose of Consent:** By signing this form, you will consent to our use and disclosure of your protected health information to carry out treatment, payment activities, and healthcare operations.

**Notice of Privacy Practices:** You have the right to read our Notice of Privacy Practices before you decide whether to sign this Consent. Our Notice provides a description of our treatment, payment activities, and healthcare operations, of the uses and disclosures we may make of your protected health information, and of other important matters about your protected health information. A copy of our Notice accompanies this Consent. We encourage you to read it carefully and completely before signing this Consent.

We reserve the right to change our privacy practices as described in our Notice of Privacy Practices. If we change our privacy practices, we will issue a revised Notice of Privacy Practices, which will contain the changes. Those changes may apply to any of your protected health information that we maintain.

You may obtain a copy of our Notice of Privacy Practices, including any revisions of our Notice, at any time by contacting:

Contact Person: Privacy Officer

Telephone: 402-502-8881

E-mail: [jdougherty@oneworldomaha.org](mailto:jdougherty@oneworldomaha.org)

Address: 4920 South 30<sup>th</sup> Street, Omaha, NE 68107

**Right to Revoke:** You will have the right to revoke this Consent at any time by giving us written notice of your revocation submitted to the Contact Person listed above. Please understand that revocation of this Consent will *not* affect any action we took in reliance on this Consent before we received your revocation, and that we may decline to treat you or to continue treating you if you revoke this Consent.

I, \_\_\_\_\_, have had full opportunity to read and consider the contents of this Consent form and your Notice of Privacy Practices. I understand that, by signing this Consent form, I am giving my consent to your use and disclosure of my protected health information to carry out treatment, payment activities and health care operations.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

If this Consent is signed by a personal representative on behalf of the patient, complete the following:

Personal Representative's Name: \_\_\_\_\_

Relationship to Patient: \_\_\_\_\_

**YOU ARE ENTITLED TO A COPY OF THIS CONSENT AFTER YOU SIGN IT.  
Include completed Consent in the patient's chart.**

**REVOCACTION OF CONSENT**

I revoke my Consent for your use and disclosure of my protected health information for treatment, payment activities, and healthcare operations.

I understand that revocation of my Consent will *not* affect any action you took in reliance on my Consent before you received this written Notice of Revocation. I also understand that you may decline to treat or to continue to treat me after I have revoked my Consent.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



OneWorld  
Community Health Centers

4920 South 30 Street, Suite 103 / Omaha NE 68107

## Consentimiento para el Uso y Revelación de Información de la Salud

### Sección A: Consentimiento del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Número del paciente: \_\_\_\_\_

### Sección B: Al paciente – Favor de leer el siguiente comunicado.

**Propósito del consentimiento:** Firmando esta forma, usted está dando su consentimiento para que nosotros hagamos uso y revelación sobre la protección de su salud, para realizar el tratamiento, formas de pago, y funcionamiento de la clínica.

**Notificación de Prácticas de Privacidad:** Usted tiene el derecho de leer esta Notificación de Prácticas de Privacidad, antes de tomar la decisión de firmar este consentimiento. Nuestra notificación da una descripción de nuestro tratamiento, formas de pago, y funcionamiento de la Clínica, del uso y revelación que podríamos hacer sobre su información y protección de su salud, y de otros asuntos importantes. Una copia de esta notificación está disponible para usted. Le recomendamos que lea la notificación cuidadosamente y completamente antes de firmar este consentimiento.

Nos reservamos el derecho a cambiar nuestros procedimientos privados como describe esta Notificación de Prácticas de Privacidad. Si cambiamos nuestros procedimientos privados, emitiremos esta Notificación de Prácticas de Privacidad. Esos cambios podrían aplicarse a cualquier información de protección de su salud que tenemos.

Usted puede obtener una copia de esta Notificación de Prácticas de Privacidad, incluyendo cualquier modificación. Para más información ponerse en contacto con:

Persona de contacto: Oficial del Privado

Número de teléfono: 402-502-8881

E-mail: [jdougherty@oneworldomaha.org](mailto:jdougherty@oneworldomaha.org)

Dirección: 4920 South 30<sup>th</sup> Street, Omaha NE 68107

**Derecho de Revocar:** Usted tiene derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento, dándonos un aviso por escrito de su revocación a nuestro oficial privado. Comprenda que el revocar este consentimiento, no afectará cualquier acción que hicimos de acuerdo a lo que se ha realizado antes recibir su revocación, y que podríamos rehusar continuar con su tratamiento si usted revoca este consentimiento.

Yo, \_\_\_\_\_, he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este consentimiento y el aviso de Notificación de Prácticas de Privacidad. Yo entiendo que, por medio de mi firma, doy mi consentimiento al uso y revelación de mi información de salud para realizar el tratamiento, formas de pago, y funcionamiento de la Clínica.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha:  
\_\_\_\_\_

*Este consentimiento necesita estar firmado por un representante legal del paciente si éste se encuentra incapacitado o es menor de edad.*

Nombre del representante legal: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

***Usted tiene derecho a una copia de este consentimiento después de firmarlo.  
Incluir el consentimiento en el expediente del paciente***

### **Revocación del consentimiento**

Yo revoco mi consentimiento y revelación de mi información de salud privada, para el tratamiento, forma de pagos y funcionamiento de la clínica.

Yo entiendo que el revocar mi consentimiento no afectará cualquiera acción que haya sido tomada en relación a este, antes de que usted recibiera este escrito de la Notificación de Revocación. También comprendo que la Clínica puede negar seguir el tratamiento después de que yo haya revocado el consentimiento.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha:  
\_\_\_\_\_