

Yo entiendo que, como parte de la prestación de servicios de atención médica, Elixir Rx Solutions, LLC, que opera bajo el nombre comercial de Elixir, y cualquiera de sus subsidiarias o afiliadas (por ejemplo, Elixir Pharmacy, Elixir Specialty, etc.) crea y mantiene registros de salud y otra información que describe, entre otras cosas, mi historial de medicamentos recetados, mi historial de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para la atención o el tratamiento futuros.

**Usted puede hallar una copia del Aviso de Privacidad en línea en <https://www.elixirsolutions.com/privacy-notice>.**

Se me ha proporcionado un Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de cierta información de salud. Entiendo que tengo derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que la organización se reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas y, antes de la implementación, me enviará por correo una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para el uso y la revelación de información médica protegida sobre mí para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Este consentimiento se otorga libremente en el entendido de que:

1. Todos y cada uno de mis datos personales, ya sean escritos, orales o en formato electrónico, son confidenciales y no pueden revelarse por razones ajenas al tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica sin mi autorización previa por escrito, salvo que la ley disponga lo contrario.
2. Tengo derecho a revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando las revelaciones ya se hayan realizado de conformidad con mi consentimiento previo.
3. Tengo derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo se puede usar o revelar mi información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica (actividades de evaluación y mejora de la calidad, suscripción, calificación de primas, realización o organización de revisiones médicas, servicios legales y funciones de auditoría, etc.). Entiendo que las restricciones deben solicitarse por escrito y que la organización no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas, que pueden haber sido previamente acordadas.
4. Una fotocopia o fax de este consentimiento es tan válida como este original.

## Información del miembro

Nombre del miembro \_\_\_\_\_ Identificación del miembro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, Zip \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Firma (o del guardián, si es un menor) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social \_\_\_\_\_

Nombre de testigo (Opcional) \_\_\_\_\_ Firma del testigo (Opcional) \_\_\_\_\_

**ENVÍE ESTE FORMULARIO DEBIDAMENTE LLENADO A UNA DE LAS SIGUIENTES DIRECCIONES:**

**Correo:** Elixir, Attn: Customer Care, 7835 Freedom Avenue NW, North Canton, OH 44720 **Fax:** 866-250-5178  
corp\_web\_all\_form\_hipaa consent\_23-7496