

## **CERTIFICACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE**

CERTIFICO que CISME INC. me ha orientado sobre mis derechos y responsabilidades como paciente o cliente de esta institución. Entiendo que se harán valer mis derechos y comprendo que tengo el deber de cumplir con las responsabilidades establecidas o por establecer en CISME.

---

### **EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE CISME**

CERTIFICO que he sido orientado(a) por el personal de Registro de CISME, Inc. sobre las implicaciones y consecuencias de no seguir las recomendaciones vertidas del proceso de evaluación o de no aceptar y/o abandonar el tratamiento e irme de alta en contra de las recomendaciones profesionales de ser admitido(a) a tratamiento.

Como paciente o como padre, madre o tutor del paciente menor, conozco el riesgo que conlleva el abandonar tratamiento o no seguir las recomendaciones del personal profesional de CISME, INC. De esta forma, exonero al doctor, empleados y la administración de las facilidades de CISME INC. de toda responsabilidad por las consecuencias directas o indirectas que resulten o que conlleven de la decisión por mi tomada.

---

### **CERTIFICACIÓN DE RECIBO DE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD**

La notificación de política de privacidad y confidencialidad de CISME provee información sobre como el personal de CISME, INC. puede utilizar y divulgar información protegida sobre su información de salud. Usted tiene el derecho a revisar nuestra política de firmar esta certificación. Como se provee en este documento, los de la notificación puede cambiar. Si es así, usted puede obtener una copia revisada por nuestra clínica.

Usted tiene el derecho a solicitar que nosotros restrinjamos, como la información de salud protegida sobre usted que es usada o divulgada para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud. Usted tiene el derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto cuando ya hayamos divulgado la información en acuerdo con su consentimiento anterior. Al usted firmar la presente certificación asiente el estar de acuerdo y en pleno conocimiento del manejo, limites y procedimientos utilizados en el manejo de su información de la salud según establece nuestras Políticas de Privacidad y Confidencialidad de la Información Privilegiada de Salud.

---

**Firma del Paciente o Encargado**

---

**Fecha (m/d/año)**