



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PACIENTE HIPAA

**Entiendo que tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida (PHI). Estos derechos se me dan bajo el Health Insurance Portability y Accountability Act de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento yo autorizo a usar y revelar mi información de salud protegida.**

Therapy Station, Inc. se compromete a mantener la privacidad de su información médica protegida (PHI). Nuestra promesa es que sus expedientes médicos y otro PHI sólo saldrá de nuestra práctica con un formulario de autorización debidamente ejecutado por usted, el paciente o su representante, con excepción de ciertos casos. Estos casos se describen en nuestro aviso de prácticas de privacidad. El aviso está disponible para que usted pueda leer en nuestra oficina y que tenga una copia si así lo solicita. Las siguientes son posibles formas en que podemos utilizar o divulgar su PHI: estos son sólo algunos ejemplos. Usted puede leer todo el aviso pidiendo a cualquier empleado para obtener una copia para leerlo.

1. Cuando nuestro personal médico está cuidando a su hijo, vamos a revisar el historial médico de su hijo.
2. Nuestro personal administrativo puede auditar el historial médico de su hijo estén completas.
3. Debemos decírselo a su plan de salud cierta información para que podamos recibir pago por nuestros servicios.
4. Obtener el pago de terceros pagadores (es decir, Medicaid o un seguro privado).
5. Tratamiento (incluyendo tratamiento directa o indirecta por otros proveedores de salud involucrados en mi tratamiento).

Usted tiene el derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Usted tiene el derecho de pedirnos restringir el uso su PHI. Le proporcionaremos una forma en que puede hacer su solicitud por escrito para las restricciones. No tenemos que estar de acuerdo con las restricción, pero si las aceptamos, estamos obligados por el acuerdo. Podemos hacer cambios a la notificación. A su petición, le proporcionaremos las revisiones.

Al firmar este formulario, usted nos autoriza el uso y divulgación de su información médica protegida (PHI) como se describe en nuestro aviso de prácticas de privacidad. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento en escrito. Usted tiene el derecho a la contabilidad de las divulgaciones de su PHI para las operaciones de pago, tratamiento y cuidado de la salud.

Yo, han sido informado y entiendo mis derechos con respecto a las posibles formas en que la Therapy Station, Inc. pueda utilizar y revelar mi información de salud protegida (PHI).

También me han informado de quentengo el derecho de revisar y asegurar una copia de su aviso de prácticas de privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y explicación de mi información médica protegida (PHI), y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que ustedes reservan el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y que les comuniquemos en cualquier momento para obtener la copia más reciente de este aviso. Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que ocurrieron antes de la fecha para revocar este consentimiento no es afectada.

**Firmado** \_\_\_\_\_ **este día de** \_\_\_\_\_, **20** \_\_\_\_\_.

**Imprimir nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

**Imprimir Nombre:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_