

CONSENTIMIENTO PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN PARA TPO

Nombre del paciente: _____

Las regulaciones federales (HIPAA) me permiten usar o divulgar la PHI (Información de Salud Protegida) de su expediente para brindarle tratamiento, obtener el pago por los servicios que brindamos y para otras actividades profesionales (conocidas como "operaciones de atención médica"). Sin embargo, solicito su consentimiento para que este permiso sea explícito. El aviso de prácticas de privacidad describe estas divulgaciones con más detalle. Tiene derecho a revisar el aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. Nos reservamos el derecho de revisar nuestro aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Si lo hacemos, el aviso revisado se publicará en la oficina. Puede solicitar una copia impresa de nuestro aviso en cualquier momento.

Puede solicitarnos que restrinjamos el uso y la divulgación de cierta información de su expediente que, de otro modo, se divulgará para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; sin embargo, no tenemos la obligación de aceptar estas restricciones. Si aceptamos una restricción, ese acuerdo es vinculante.

Usted podrá revocar este consentimiento en cualquier momento mediante una notificación por escrito. Dicha revocación no afectará ninguna acción realizada basándose en el consentimiento previo a la revocación.

Este consentimiento es voluntario; usted puede negarse a firmarlo. Sin embargo, tenemos derecho a negarnos a proporcionar servicios de atención médica si no se otorga este consentimiento o si el consentimiento se revoca posteriormente.

Por la presente, doy mi consentimiento para el uso o divulgación de mi PHI como se especifica anteriormente.

Firma del cliente o tutor legal: _____

Fecha: _____

Firma del cliente o tutor legal: _____

Fecha: _____

Firma del cliente o tutor legal: _____

Fecha: _____

Terapeuta

Fecha