



HIPAA CONSENT FORM

Consentimiento para el Tratamiento, Pago y Operaciones Medicas doy mi consentimiento para el uso o divulgación de mi información de salud protegida por Fernando Rey, D.C. con el fin de proporcionar tratamiento a mí, obtener el pago de mis cuentas de atención médica o para realizar operaciones de atención médica de Fernando Rey, DC. Entiendo que el tratamiento de mí por Fernando Rey, DC puede ser condicionado a que mi consentimiento como lo demuestra mi firma en este documento.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar una restricción en cuanto a cómo mi información protegida de salud sea utilizada o divulgada para tratamiento, pago u operaciones de salud de la práctica.Fernando Rey, DC no está obligada a aceptar las restricciones que puedo pedir. Sin embargo, si Fernando Rey, DC está de acuerdo a una restricción que yo pida, la restricción es vinculante para Fernando Rey, DC y el proveedor de atención médica.

Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que mi proveedor de atención de Fernando Rey, DC ha tomado acción basada en este consentimiento.

Mi "información protegida de salud", significa la información de salud, incluyendo mi información demográfica, obtenidos de mí y creada o recibida por mi fisioterapeuta, otro proveedor de atención médica, un plan de salud, mi empleador o una casa de salud de atención de compensación. Esta información protegida de salud se refiere a mi pasado, presente o futura salud física o mental o condición y me identifica, o si hay base razonable para creer que la información pueda identificarme.

Entiendo que tengo el derecho de revisar Aviso Fernando Rey, DC de prácticas de privacidad antes de firmar este documento. El Aviso de prácticas de privacidad de Fernando Rey, DC ha sido siempre para mí. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y revelaciones de mi información protegida de salud que se producirán en mi tratamiento, el pago de mis cuentas o en el desempeño de las operaciones de atención de la salud de Fernando Rey, DC.

El Aviso de prácticas de privacidad también describe mis derechos y deberes deFernando Rey, DC con respecto a mi información de salud protegida

Fernando Rey, DC se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Yo puedo obtener una revisión del Aviso de Prácticas de Privacidad llamando a la oficina y solicitar una copia revisada se enviará por correo o solicitándolo en el momento de mi siguiente cita.

Firma del paciente o del representante personal

Nombre del paciente o del representante personal

Descripción de la autoridad del representante personal

Fecha