

AUTORIZACIÓN O CONSENTIMIENTO PARA UTILIZAR O REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD

Yo, autorizo a The Genesis Therapy Center para utilizar y revelar la información médica y de salud de _____ para fines de Tratamiento, Pagos y Operaciones que tengan que ver con el Cuidado de la Salud *

***Tratamiento** (incluye actividades llevadas a cabo por un profesional de la salud, enfermera/o, staff de oficina y otro tipo de profesionales de la salud que estén proveyendo cuidados o atención a usted, coordinando o manejando su cuidado con terceras partes y consultas entre y con otros profesionales de la salud. Este consentimiento abarca el tratamiento provisto por cualquier terapeuta que tenga cobertura dentro de nuestra práctica, aún si es por vía telefónica cuando se encuentre como terapeuta de turno).

***Pagos** (incluye actividades que involucren el determinar su elegibilidad para la cobertura dentro de su plan de salud, la facturación y el recibir pagos a través de los reclamos del Seguro que son parte de sus beneficios. También incluye la utilización y manejo de actividades que podrían incluir la revisión de servicios de salud por necesidad, justificación de cargos, pre-certificación y pre-autorización).

***Operaciones de Cuidado de la Salud** (incluye las funciones administrativas necesarias de nuestra oficina).

Le animamos a revisar la “Notificación de Privacidad” de Genesis para información adicional acerca de los usos y revelación de información descritos en este consentimiento, antes de firmarlo. Por favor verifique que ha recibido una copia de la Notificación de Privacidad colocando sus iniciales aquí: _____

Porque nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad de acuerdo a lo establecido por la ley, los términos contenidos en esta notificación pueden cambiar también. En ese caso, un resumen de tal notificación será publicada en nuestras oficinas indicando en la esquina superior derecha del documento la fecha a partir de la cual la notificación está siendo efectiva. Le ofreceremos también una copia de la Notificación en su primera visita luego de que estas modificaciones hayan sido realizadas. También Podemos proveerle una copia de la Notificación según usted lo solicite.

Como se explica más detalladamente en la Notificación, usted tiene el derecho de solicitar restricciones en cuanto a cómo nosotros utilizamos y revelamos su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pagos y operaciones que tengan que ver con el cuidado de la Salud. No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud. Si estamos de acuerdo, estamos obligados a cumplir con su solicitud, a menos que la información sea requerida para proveerle tratamiento de emergencia. Otros terapeutas que proveen cobertura telefónica para nuestra oficina están requeridos de utilizar y revelar su Información de Salud Protegida de acuerdo a lo establecido en la Notificación.

Entiendo que tengo el derecho de revocar este Consentimiento, y en caso de hacerlo lo hare de forma escrita, exceptuando en el caso de que Genesis Therapy Center haya utilizado o revelado información según lo establecido en este Consentimiento.

Firma del Cliente _____

Firma de una persona autorizada por la Ley _____

Fecha _____