

Forma de Consentimiento de HIPAA

Yo da *Good Life Physical Therapy* mi consentimiento para revelar mi información protegida de salud para continuar mi tratamiento, para obtener pagos de las compañías de seguros, y las revisiones de calidad de operaciones de salud (Información estará compartido solamente con medicos, cirujanos, y otro profesionales medicos pertinente al cuidado de los enfermos). Yo he sido informado que yo puedo revisar la noticia de practicas de intimidad del clínico (para una descripción mas completa de utilizaciones y divulgaciones) antes de firmar este consentimiento.

Yo comprendo que este clínico tiene el derecho para cambiar sus practicas de intimidad y yo puedo obtener todos las noticias revisadas en el clínico.

Yo comprendo que yo tengo el derecho que pedir una petición de cómo my información protegida de salud es usada. Si restricciones especificas son pedidas, ellas sera presentadas por escrito.

También, yo comprendo que yo puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, por haciendo una petición por escrito, excepto para la información ya usada or revelada.

Con este consentimiento, *Good Life Physical Therapy* puede llamar mis números producidos y deja un mensaje en buzón de voz o con cualquier persona la que contesta al teléfono en referencia a las noticias que ayudan el clínico con completando tratamiento, y operaciones de salud, como recordatorios de la cita, información de seguro, y otros llamados relacionados a mi atención clínica.

Firma: _____ Fecha: _____
Paciente, Padre/Madre, or Tutor Legal

Si el representante, relación con paciente: _____

Good Life Therapy respetaran todos leyes y acuerdos de HIPAA y no compartiremos la información de paciente con otras personas sin relaciones con el paciente o su caso medico. Sin embargo, *Good Life Therapy* tiene el derecho que compartir la información necesaria en los casos de abuso supuesto y/o en cooperación con las autoridades de federal y estado.



Ryan Gary, PT, Owner of *Good Life Therapy*

