

Chicago Rehabilitation Services, Inc.

Privately Owned and Independent Physical Therapy Center

Liberación y uso de información confidencial y recibir el aviso de privacidad de prácticas de forma

Yo, _____, le autorizo a **Chicago Rehabilitation Services, Inc.** a

(Nombre de paciente o representante autorizado)

usar o compartir, toda la información obtenida en el expediente del paciente _____, con

(Nombre del paciente)

el propósito de tratamiento, pago o operaciones de atención médica.

Queremos que sepa como se utilizara la información sobre el cuidado de su salud del paciente en esta oficina y que este informado sobre sus derechos debidos a su expediente confidencial. Antes de que empezemos algun tratamiento, le requerimos que lea y firme esta forma diciendo que usted entiende y que esta de acuerdo de como se utilizara su información confidencial, Si gusta leer o obtener mas información de nuestras políticas y procedimientos relacionados a la privacidad de la información medical del paciente, le recomendamos que lea la política llamada AVISO HIPPA (en ingles) que esta disponible en el la oficina, antes de firma esta autorización.

1. El paciente entiende y está de acuerdo en permitir que esta oficina de Chicago Rehabilitation Services de usar su información de salud del paciente (PHI) con el propósito de tratamiento, pago, operaciones de atención médica , y la coordinación de la atención. A modo de ejemplo, el paciente está de acuerdo en permitir que esta oficina de Chicago Rehabilitation Services para enviarlo solicitó PHI a la Compañía de Seguros de Salud (o empresas) que nos brinda por el paciente con el propósito de pago. Tenga la seguridad de que esta oficina va a limitar la liberación de toda la PHI al mínimo necesario para lo que las compañías de seguros requieren para el pago.
2. El paciente tiene el derecho a examinar y obtener una copia de sus registros de salud en cualquier momento y solicitar correcciones. El paciente puede solicitar para saber que se han hecho revelaciones y presenten por escrito cualquier otras restricciones en el uso de su PHI. Nuestra oficina no está obligada a aceptar esas restricciones.
3. Consentimiento por escrito de un paciente sólo necesita obtener una vez por todas la asistencia posterior al paciente en esta oficina.
4. Para su seguridad y su derecho a la intimidad, todo el personal ha sido capacitado en el área de paciente privacidad registro y un funcionario de privacidad ha sido designado para aplicar estos procedimientos en nuestra oficina. Hemos tomado todas las precauciones que son conocidas por esta oficina para asegurar que sus registros no están disponibles para aquellos que no los necesitan.
5. Los pacientes tienen derecho a presentar una queja formal con nuestra privacidad oficial sobre cualquier posible violación a estas políticas y procedimientos.
6. Si el paciente se niega a firmar este consentimiento para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, el fisioterapeuta de los servicios de rehabilitación de Chicago tiene derecho a negarse a prestar su atención.
7. Entiendo que este consentimiento es válido hasta que es revocado por mí. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento dando aviso por escrito de mi deseo de hacerlo, para el fisioterapeuta. También entiendo que no podré revocar este consentimiento en casos donde el fisioterapeuta ya ha confiado en él para usar o divulgar información sobre mi salud. Revocación escrito del consentimiento debe enviarse a la oficina del terapeuta físico. Acuso recibo del aviso de prácticas de privacidad de fisioterapeuta. El aviso de prácticas de privacidad proporciona información detallada sobre cómo utilizar y revelar mi información confidencial la práctica. Entiendo que el fisioterapeuta ha reservado el derecho a cambiar sus prácticas de privacidad que se describen en el aviso. También entiendo que una copia de cualquier aviso modificado será proporcionada a mí o hecha en el lugar de la oficina. He leído y entiendo cómo se utilizará mi información de salud del paciente y estoy de acuerdo con estas políticas y procedimientos.

Firma del Paciente

Fecha