

Consentimiento para los Propósitos de Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Médica

Doy mi consentimiento para el uso o divulgación de mi información de salud protegida por Health Sphere Wellness Center con el fin de diagnosticar o proveer tratamiento, obteniendo el pago de las cuentas de salud o realizando operaciones de cuidado de Health Sphere Wellness Center. Yo entiendo que mi diagnóstico o tratamiento por Health Sphere Wellness Center podría estar condicionado sobre mi consentimiento como evidencia por mi firma en este documento.

Yo entiendo que tengo el derecho a solicitar una restricción sobre como mi información de salud está usada o divulgada para poder llevar a cabo mi tratamiento, pago, o prácticas de operaciones de salud. Health Sphere Wellness Center no está obligado a cumplir con las restricciones que Yo este solicitando. Por lo tanto, si Health Sphere Wellness Center está de acuerdo con las restricciones que yo este solicitando, la restricción es vinculante para Health Sphere Wellness Center.

Mi "Información de salud protegida" significa información de salud, incluyendo mi información demográfica, recogida de mí y creada o recibida por mi fisioterapeuta, otro proveedor de atención de salud, plan de salud, y mi empleador o centro de atención de salud. Esta información de salud está relacionada con mi pasada, presente, o futura salud física o mental o condición y me identifica, o existe una base razonable para creer que la información pueda identificarme.

Yo entiendo que tengo el derecho a revisar Los Avisos de Prácticas de Privacidad de Health Sphere Wellness Center antes de firmar este documento. Los Avisos de Prácticas de Privacidad me han sido proporcionados. Los Avisos de Prácticas de Privacidad describen el tipo de uso y divulgaciones de mi información de salud protegida que ocurrirá en mi tratamiento, pago de recibos, o en el desempeño de las operaciones de salud por Health Sphere Wellness Center. Los Avisos de Prácticas de Privacidad han sido proveídos a mí en la sala de espera. Los Avisos de Prácticas de Privacidad también describen mis derechos y los deberes de Health Sphere Wellness Center con respecto a mi información de salud protegida.

Yo entiendo que hay una póliza de cancelación de 24 horas. Si necesito cancelar mi cita sin previo aviso de 24 horas, yo entiendo que pagare una cuota de \$25.

Health Sphere Wellness Center tiene el derecho de cambiar las prácticas escritas en los Avisos de Prácticas de Privacidad. Yo puedo obtener una copia de las practicas al llamar a la oficina y solicitar una copia que sea enviada por correo o al preguntar por una en mi próxima cita.

Firma del paciente o Representante Personal

Nombre del paciente o Representante Personal

Fecha

Descripción de la Autoridad del Representante Personal

¿Quién lo refirió a nuestra clínica? _____