

Forma de Consentimiento de HIPAA

Consentimiento Para Utilizar y Revelar Informaci6n de Salud

Esta forma de consentimiento es requerida, de acuerdo con las regulaciones Federales de HIPAA, para nosotros poder proveer servicios. Documenta el acuerdo con la forma NPP. Esta forma es un acuerdo entre usted, _____ y Bilingual Therapy NJ, LLC. Para prop6sitos de esta forma de consentimiento, la palabra "usted" presentada abajo puede referirse a usted, su ni6o(a), un familiar u otra persona si usted ha escrito su nombre aqu4 _____

Cuando nosotros, o cualquier otra persona asociada con esta oficina, provee servicios o un referido para usted, esto incluir4 la recolecci6n de lo que la ley llama Informaci6n del Cuidado de Salud Protegida sobre usted (PHI, por sus siglas en ingles). Esta informaci6n es necesaria para decidir qu4 tratamiento es el mejor y para proveerlo. Puede ser compartida con otros que le proveen servicios o la necesitan para hacer los arreglos para el pago por su tratamiento o para otras funciones de negocios o gubernamentales. Al firmar esta forma, usted est4 acordando permitir el uso de su informaci6n aqu4 con otros seg4n se explica en m4s detalle en la Notificaci6n de las Practicas Sobre la Privacidad (NPP, por sus siglas en ingles). Tambi4n detalla sus derechos. Su consentimiento a esta forma aprueba las practicas detalladas en el resumen de la NPP y en la NPP completa. Podr4mos cambiar algunas de estas p6lizas en el futuro. De as4 hacerlo, se describir4n en una nueva NPP. Puede obtener una copia pidi4ndonosla o por tel4fono o por escrito.

Si tiene preocupaciones sobre alguna de su informaci6n, tiene el derecho de pedirnos que no usemos o compartamos alguna de su informaci6n para tratamiento, pago, o prop6sitos administrativos. Tendr4a que comunicar por escrito lo que est4 solicitando. Luego de recibir su petici6n, aunque no se nos requiere estar de acuerdo con la misma, le dejar4mos saber si podemos acceder a las limitaciones. Si estamos de acuerdo, haremos lo mejor posible por complacerle. Luego de haber firmado este consentimiento, tiene el derecho a revocarlo escribi4ndole una carta a Bilingual Therapy NJ, LLC inform4ndonos que retira el consentimiento. A partir de entonces, ya no podremos ofrecerle servicios, debido a nuestro requisito de tener un consentimiento escrito para poder ofrecer servicios. Si recibimos tal revocaci6n de este consentimiento, accederemos a sus deseos en cuanto a utilizar o compartir su informaci6n a partir de entonces, pero es posible que ya hayamos utilizado o compartido alguna informaci6n de acuerdo con este consentimiento y, claro, no ser4 a posible cambiar eso.

Firma del Padre o Guardian

Fecha

Firma del Joven si es mayor de 14 a6os

Fecha