



Hope Performance Systems LLC

Consentimiento para Usar y Divulgar información Personal de Salud

Por este medio, yo, _____ entro en un acuerdo entre mi persona y Hope Performance Systems LLC (si me desempeño como representante legal de otro cliente, su nombre aparece aquí):

Entiendo que cuando mi terapeuta o psiquiatra en Hope Performance Systems LLC me examine, me trate o me remita, recopilará lo que la ley llama Información de salud protegida (PHI en inglés). Entiendo que esta información es necesaria para mantener un archivo sobre mí y/u otras personas involucradas en mi tratamiento, y que puede ser necesario compartir mi PHI con otras personas u organizaciones necesarias para brindarme tratamiento, organizar el pago de los servicios, o para fines administrativos. Se me ha informado que el AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD explica con más detalles mis derechos y la forma en que se puede usar mi PHI.

Reconozco que, si no firmo este Formulario de Consentimiento aceptando el Aviso de Prácticas de Privacidad, mi terapeuta y/u otro representante de Hope Performance Systems LLC no podrá tratarme.

Entiendo que, si me preocupa algo de mi información de salud personal, tengo derecho a pedirle a mi terapeuta u otro representante de Hope Performance Systems LLC, que no comparta parte de esta información para fines de tratamiento, de pago o fines administrativos. Comprendo que Hope Performance Systems LLC y sus representantes intentarán respetar mis deseos, pero que no están obligados a aceptar estas limitaciones. Sin embargo, si Hope Performance Systems LLC o su representante apropiado está de acuerdo, Hope Performance Systems LLC se compromete a cumplir con mis deseos.

Después de firmar este consentimiento, tengo derecho a revocarlo (enviando una carta por escrito en la que declaro que ya no doy mi consentimiento a estos términos) y que Hope Performance Systems LLC cumplirá con mis deseos sobre el uso o el intercambio de mi información de PHI desde ese momento. Me doy cuenta de que si Hope Performance Systems LLC ya ha compartido parte de mi PHI, esto no se puede cambiar.

Firma del Cliente o Representante Legal

Nombre impreso del cliente

Fecha

Relación con el cliente

Firma del representante de la agencia

Nombre del representante de la
agencia

Fecha