



Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC

225 East State St. Suite 12, Trenton, NJ 08608
Tel: (609) 695-8100 Fax: (609) 695-8110 www.asappt.com

HIPAA Declaracion de Confidencialidad de Informacion de Salud del Paciente

Yo autorizo para usar o revelar información sanitaria/ de salud protegida a Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC para el proposito de diagnosticar o proveer tratamiento a mi, obteniendo pago para mis facturas de asistencia sanitaria o para conducir operaciones de asistencia sanitaria de Advance Spine and Pain Physical Therapy en acuerdo con las provisiones de privacidad segun el Acto de Seguro Medico Portatil y Responsabilidad de 1996 (“HIPAA”). Mi consentimiento perdura hasta que ya no sea un paciente o hasta que yo haga el contrato nulo y sin efecto. Puedo revocar este contrato a cualquier tiempo por un aviso escrito. (Si decides revocar este contrato, sera efectiva cuando recibimos el aviso escrito, pero no aplica a ningun usos/revelaciones que ocurrio antes de ese tiempo).

Yo entiendo que mi diagnostico o tratamiento dado por Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC sera acondicionado segun mi consentimiento evidente por mi firma en este documento.

Yo entiendo que tengo el derecho de pedir limitacion dependiendo en las proviciones de privacidad usada/revelada para poder tratar, facturas o operaciones de asistencia sanitaria de esta oficina. Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC no esta obligado a estar de acuerdo con las limitaciones que yo pide. Sin embargo, si Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC esta de acuerdo con una limitacion que yo pide, la limitacion es vinculante a Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC. Yo tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier tiempo, salvo el grado al cual Advance Spine and Physical Therapy, LLC a tomado accion en dependencia con este consentimiento.

Mi “Informacion de Salud Protegido” tiene que decir informacion de salud, incluyendo a mi informacion demografico, colectado por mi y creado o recibido por mi medico, o otro proveedor de asistencia sanitaria, plano de salud, mi empleado o un centro de referencia de asistencia sanitaria. Esta informacion de salud protegida relaciona a mi pasado, presente, y futuro salud fisico o mental o condicion y me identifica, o hay un base razonable para creer que la informacion me identifica.

Yo entiendo que tengo el derecho para revisar a Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC’s Aviso a Practica de Privacidad antes de firmar este documento. Yo entiendo que firmando este documento es voluntario. Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC’s Aviso a Practica de Privacidad ha sido proporcionado a mi. El Aviso de Practica de Privacidad describe los usos y revelaciones de mi informacion de salud protegida que ocurren en mi tratamiento, pago de factura o en el rendimiento de las operaciones de asistencia sanitaria de Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC. El Aviso de Practica de Privacidad describe mis derechos y responsabilidades de Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC con respeto a mi informacion de salud protegido.

Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC reserve el derecho a cambiar las practicas de privacidad que estan en el Aviso de Practica de Privacidad. Yo puedo obtener una copia de el Aviso de Practica de Privacidad por llamar a la oficina y pedir que me envíen una copia revisada o preguntar en la proxima cita.

Firma

Nombre

Fecha