

# Back To The Garden HIPPA

## **Consentimiento para usar y/o divulgar información de Salud para propósitos de tratamiento, pago u operaciones (TPO) para el Cuidado de la Salud**

La ley federal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) del 1996 requiere que se le notifique al paciente de la política de privacidad y confidencialidad de la entidad u oficina en quiropráctica y que se evidencie dicha notificación. La Carta de Derechos y Obligaciones del Paciente requiere que para poder ofrecerle nuestros servicios debemos obtener su consentimiento para utilizar y divulgar su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago y otras transacciones u operaciones para el cuidado de la salud que lleva a cabo nuestras oficinas

Para cumplir con estas dos disposiciones de ley, **Back to the Garden PR** le ha hecho entrega de la notificación de la Política de Privacidad y Confidencialidad y de este consentimiento para usar y divulgar su información de salud. Al firmarlo, usted reconoce haber sido notificado sobre nuestra Política de Privacidad y Confidencialidad y consiente el uso y divulgación de su información de salud protegida según se describe en este documento.

Por favor revise este consentimiento con mucho cuidado. Si luego de revisarlo usted lo entiende y está de acuerdo con sus términos y condiciones, fírmelo y anote la fecha en el espacio que se le indica. Al firmar este consentimiento usted autoriza y está de acuerdo con que **BTG** use y divulgue su información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos o cualquier otra transacción u operación para el cuidado de su salud.

Usted tiene el derecho de solicitar de nuestra oficina restricciones con relación y en cuanto al uso y divulgación que hagamos de su información de salud para efectos de tratamientos, pagos o cualquier otra transacción u operación para el cuidado de su salud. No obstante, **BTG** no está obligado a aceptar su solicitud de restricciones. Sin embargo si **BTG** aceptara las restricciones de uso o divulgación solicitadas por usted, dichas restricciones se convierten en obligatorias y nuestras oficinas en quiroprácticas deberá cumplirlas.

Con la firma en este consentimiento usted autoriza a que **BTG** sus empleados (de acuerdo a la ley federal HIPAA incluye además de los empleado(a)s, las personas que realizan trabajo voluntario para la oficina médica) y sus asociados de negocio usen y divulguen su información de salud protegida para efectos de tratamiento, pagos, transacciones y operaciones para el cuidado de su salud.

De usted necesitar o interesar examinar en más detalles nuestra Política de Privacidad y Confidencialidad antes de firmar este documento, puede solicitar la misma en nuestra oficina o comunicándose con el Oficial de Privacidad a los teléfonos y/o dirección que surgen del encabezado de esta forma. Por favor observe que **BTG** se ha reservado el derecho de revisar, cambiar o enmendar la política y práctica sobre uso y divulgación descrita en la notificación en cualquier momento. De usted interesar la notificación revisada y enmendada, favor de comunicarse con el Oficial de Privacidad a los teléfonos y/o dirección que surgen del encabezado de esta forma

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que he leído las disposiciones de este consentimiento, que lo entiendo y estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresadas en el mismo

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (en letra de molde) \_\_\_\_\_ Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Representante Personal Firma del representante (en letra de molde) \_\_\_\_\_ Nombre del

\_\_\_\_\_  
paciente Fecha \_\_\_\_\_ Relación con el

Drs. Asa y Joanna Frey- 787-282-7865 - [Backtothegardenpr@gmail.com](mailto:Backtothegardenpr@gmail.com)