



Paciente consentimiento para el uso y divulgación de información de salud protegida

Herby doy mi consentimiento para **Pair & Marotta Physical Therapy, Inc.** para utilizar y divulgar información de salud (PHI) protegida sobre mí para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y cuidado de la salud (TPO). (El aviso de prácticas de privacidad de **Pair & Marotta Physical Therapy, Inc.** describe tales usos y divulgaciones más completa.)

Tengo el derecho a revisar el aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento **Pair & Marotta Physical Therapy, Inc.** se reserva el derecho de revisar su aviso de privacidad en cualquier momento. Un aviso revisado de prácticas de privacidad pueden obtenerse enviando una solicitud por escrito a Marie Lee, 5337 Truxtun Ave., Bakersfield, CA 93309.

Con este consentimiento, **Pair & Marotta Physical Therapy, Inc.** puede llamar a mi casa u otra ubicación alternativa y deja un mensaje en el buzón de voz o en persona en referencia a los elementos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, como recordatorios de la cita, elementos seguros y todas las llamadas relativas a mi cuidado clínico, incluyendo resultados de pruebas de laboratorio, entre otros.

Con este consentimiento, **Pair & Marotta Physical Therapy, Inc.** puede enviar por correo a mi casa u otra ubicación alternativa objetos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, como tarjetas de recordatorio de cita y las declaraciones de la paciente como son marcados "Personal y confidencial".

Con este consentimiento, **Pair & Marotta Physical Therapy, Inc.** puede un correo electrónico a mi casa u otra ubicación alternativa objetos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, como tarjetas de recordatorio de cita declaraciones del paciente. Tengo derecho a solicitar e **Pair & Marotta Physical Therapy, Inc.** restringir cómo utiliza o revela mi PHI para llevar a cabo el TPO. La práctica de la terapia física no está obligada a aceptar mi pedidas restricciones, pero si lo hace, está obligado por este acuerdo.

Al firmar este formulario, estoy consiente en que permitir **Pair & Marotta Physical Therapy, Inc.** utilizar y revelar mi IMP para llevar a cabo el TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito excepto en la medida en que la práctica ya ha hecho revelaciones confiando en mi previo consentimiento. Si no firmar este consentimiento, o más tarde revocarlo **Pair & Marotta Physical Therapy, Inc.** podrán negarse a proporcionar tratamiento.

Escriba el nombre del paciente: _____

Fecha: ___ / ___ / ___

Firma: _____ relación con Patient

Representante del paciente, padres o el paciente