

ADVANCED PERFORMANCE PHYSICAL THERAPY AND REHABILITATION

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE INFORMACIÓN MÉDICA RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE LA NOTICIA DE PRÁCTICAS PRIVADAS

Yo autorizo a ADVANCED PERFORMANCE PHYSICAL THERAPY AND REHABILITATION a usar la información médica de _____ para los propósitos de tratamiento, pago y opciones de ayuda médica.

TRATAMIENTO: incluye actividades desempeñadas por un proveedor de servicios médicos, un médico profesional, empleado de oficina administrativo y otros tipos de médicos profesionales proveyendo cuidado para usted, coordinando o manejando su cuidado con partidos, y consultas con y entre otros proveedores de servicios médicos. Este consentimiento incluye el tratamiento proveído por cualquier médico profesional que cubra mi/nuestro consultorio por teléfono como el médico profesional disponible.

PAGO: incluye actividades involucradas en determinar su elegibilidad para la cobertura del plan de cuidado, en cobrar y recibir el pago para sus reclamos para los beneficios médicos, y actividades del manejo de utilización lo cual puede incluir las revisiones de servicios médicos por necesidad médica, la justificación de cobros, pre-certificación y pre-autorización.

OPERACIONES DE SERVICIOS MÉDICOS: incluye las funciones necesarias de administración y de negocios de nuestra oficina.

Usted puede revisar ADVANCED PERFORMANCE PHYSICAL THERAPY “Notice of Privacy Practices” (Noticia de prácticas privadas) para información adicional sobre los usos y las divulgaciones descritos en esta autorización antes de firmar este formulario. Favor de verificar que usted ha recibido una copia de nuestra noticia al poner su nombre abreviado aquí _____. La Noticia de prácticas privadas para Advanced Performance Physical Therapy and Rehabilitation se provee en el sitio de 1201 E Ocean Avenue. Debido a que tenemos reservado el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad de acuerdo con la ley, los términos de la noticia también se pueden cambiar. Un resumen de la noticia puede hacerse disponible en nuestra oficina indicando la fecha de efectividad de la noticia. Le ofreceremos a usted una copia de la noticia en su primera visita con nosotros después de la fecha de efectividad de nuestra noticia actual. También, al momento de solicitar, le proveeremos una copia de la noticia. Tal como se explica más detalladamente en la noticia, usted tiene el derecho de pedir restricciones en cómo usamos o divulgamos su información médica protegida para el tratamiento, el pago y los propósitos de las operaciones de servicios médicos. NO estamos obligados a cumplir con su petición. Si es que estamos de acuerdo, estamos obligados a cumplir con su petición a menos que la información se necesite para proveerle a usted tratamiento de emergencia. Se requiere que otros médicos profesionales que proveen la cobertura disponible para nuestras oficinas usen su información médica protegida de acuerdo con la noticia.

Yo, quien firma abajo, entiendo que yo tengo el derecho de revocar esta autorización dada y lo hago por escrito salvo hasta el punto en que ADVANCED PERFORMANCE PHYSICAL THERAPY AND REHABILITATION ya haya usado o divulgado la información de acuerdo con esta autorización.

Firma de paciente

Firma de representante autorizado

Fecha

Fecha