



**CONSENT TO USE OR DISCLOSE INFORMATION FOR TREATMENT, PAYMENT, AND HEALTH CARE OPERATIONS (TPO)**

Federal regulations (HIPAA) allow me to use or disclose Protected Health Information (PHI) from your record in order to provide treatment to you, to obtain payment for the services we provide, and for other professional activities (known as "health care operations."). Nevertheless, I ask your consent in order to make this permission explicit. The Notice of Privacy Practices describes these disclosures in more detail. You have the right to review the Notice of Privacy Practices before signing this consent. We reserve the right to revise our Notice of Privacy Practices at any time. If we do so, we will inform you. You may ask for a printed copy of our Notice at any time.

You may ask us to restrict the use and disclosure of certain information in your record that otherwise would be disclosed for treatment, payment, or health care operations; however, we do not have to agree to these restrictions. If we do agree to a restriction, that agreement is binding. You may revoke this consent at any time by giving written notification. Such revocation will not affect any action taken in reliance on the consent prior to the revocation.

This consent is voluntary; you may refuse to sign it. However, we are permitted to refuse to provide health care services if this consent is not granted, or if the consent is later revoked.

I hereby consent to the use or disclosure of my Protected Health Information as specified above. I understand that I am responsible for any amount not covered by insurance or other payment entity.

**Client Name:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_ **Signature:** \_\_\_\_\_

*Or*

**Legal**

**Representative:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_ **Signature:** \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO A UTILIZAR O A DIVULGAR INFORMACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, EL PAGO, Y LAS OPERACIONES DEL CUIDADO MÉDICO (TPO)**

Regulaciones federales (HIPAA) permiten que utilice o que divulgue la Información Protegida de Salud (IPS) de su expediente para proporcionarle tratamiento, para obtener pago por los servicios previstos, y para otras actividades profesionales (conocidas como "operaciones del cuidado médico"). Sin embargo, pido su consentimiento para hacer este permiso explícito. La Notificación de las Prácticas de Privacidad describe éstas divulgaciones más detalladamente. Usted tiene el derecho a repasar la Notificación de las Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Nos reservamos el derecho de revisar nuestra Notificación de las Prácticas de Privacidad en cualquier momento.

Si así lo hacemos, se le notificará del cambio. Usted puede pedir una copia impresa de nuestra notificación en cualquier momento. Usted puede pedir que restrinjamos el uso y la divulgación de cierta información en su expediente que de otra manera sería divulgado en el proceso de su tratamiento, el pago, u operaciones del cuidado médico; sin embargo, no tenemos que consentir con estas restricciones. Si consentimos con una restricción, ese acuerdo es obligatorio. Usted puede revocar este consentimiento en cualquier momento dando notificación por escrito. Tal revocación no afectará ninguna acción tomada basada en el consentimiento antes de la revocación.

Este consentimiento es voluntario; usted puede rechazar firmarlo. Sin embargo, se nos permite negarle servicios de cuidado médico si este consentimiento no es otorgado, o si el consentimiento se revoca más adelante. Yo por la presente doy consentimiento al uso o divulgación de mi Información Protegida de Salud como especificado arriba.

Yo entiendo que soy responsable de cualquier cantidad que no este cubierta por la aseguran o otra entidad de pago.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_

**O representante legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_