

Entiendo que Valley Mental Health (designado abajo como "Esta Práctica") utilizará y divulgará información sobre mi salud.

Entiendo que la información de mi salud puede incluir la información creada y recibida por Esta Práctica, puede estar en la forma de expedientes escritos o electrónicos o comunicada verbalmente, y puede incluir información sobre el historial de mi salud, el estado de mi salud, síntomas, exámenes, resultados de estudios, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, prescripciones y tipos similares de información relativa a la salud.

Entiendo y estoy de acuerdo que Esta Práctica puede utilizar y divulgar la información de mi salud para:

- Planear y tomar decisiones sobre mi cuidado y tratamiento;
- Designar, consultar, coordinar y tratar con otros proveedores de salud sobre mi cuidado y tratamiento;
- Determinar si soy elegible para el plan de salud o cobertura de seguro y someter facturas y otra información relacionada a las compañías de seguros o a otros que pueden ser responsables para el pago de una parte o el total de mi cuidado médico; y
- realizar funciones administrativas y de negocios que apoyen los esfuerzos de mi médico en proporcionarme, arreglar y ser reembolsado por la calidad, costos efectivos del cuidado de la salud.

También entiendo que tengo el derecho de recibir y de revisar por escrito una descripción de cómo Esta Práctica manejará la información personal de mi salud. Se conoce esta descripción escrita como Aviso de Practica Privada y describe los usos y la divulgación de la información de salud y las prácticas de procedimiento seguidas por los empleados, el personal profesional y otro personal de la oficina de Esta Práctica, y mis derechos con respecto a la información de mi salud.

Entiendo que el Aviso de Practica Privada se puede revisar de vez en cuando, y que yo tengo el derecho de recibir una copia del Aviso de Practica Privada. También entiendo que una copia o un resumen de la versión más actual de Esta Práctica del Aviso de Practica Privada en efecto será fijada en la sala de espera o de recepción.

Entiendo que tengo el derecho de preguntar que cierta o toda mi información de salud no sea utilizada o no sea divulgada en la manera descrita en el Aviso de Practica Privada y entiendo que Esta Práctica no requiere por ley el estar de acuerdo con tal requerimiento.

Firmando abajo, convengo que he repasado y entiendo la información arriba antes mencionada y que he recibido una copia del Aviso de Practica Privada.

Por: _____
(Paciente)

Fecha: _____

-0-

Por: _____
(Representante del paciente)

Fecha: _____

Descripción de la autoridad del Representante _____