



**Rehabilitación de estrellas
(fisioterapia)
120 W 7TH St, Ste 200, Plainfield, NJ**

Nombre del paciente: _____

Autorización Forma

Autorización de uso o divulgación de información de salud protegida. Requerido por ley de portabilidad y responsabilidad de la salud. 45 CFR. Partes 160; 164

Nombre del paciente: _____

Autorizo la liberación de mis registros médicos y/o copias de tales de:

_____ Médico		_____ Médico de referencia
_____ y/o		_____
_____ Dirección		_____ Dirección
_____ Ciudad, estado, código postal		_____ Ciudad, estado, código postal

Y solicitar que sean transferidos a Rehabilitación de estrellas Inc. (Fisioterapia).

Autorizo Star rehabs Inc. para liberar la siguiente información de mis registros médicos:

Factura detallada Todos los registros Registros específicos _____ a _____

Mis registros médicos pueden ser liberados a Mi:

_____ _____

Cónyuge Niño/ren

_____ La información no puede ser divulgada a nadie.

Abogado

Autorizo que mis expedientes médicos sean enviados a través de:

Correo electrónico Fax Correo

Asignación de beneficios _____ Inicial _____

Por la presente, instruir y dirigir la compañía de seguros _____ a pagar por cheque y por correo a:

Star rehabilitations, 120 W 7TH St, Ste 200, Plainfield, NJ

Si mi póliza actual prohíbe el pago directo a esta práctica, por la presente también instruiré y dirigiré mi compañía de seguros para hacer el cheque a mí y el correo de la siguiente manera: _____ [Nombre del paciente]

C/o Star rehabilitations, 120 W 7TH St, Ste 200, Plainfield, NJ

Para los beneficios de gastos profesionales o médicos permitidos y de otra manera pagaderos a mí bajo mi póliza de seguro actual como pago hacia los cargos totales por los servicios profesionales prestados. Esta es una asignación directa de mis derechos y beneficios bajo esta póliza. Este pago no excederá mi endeudamiento al cesionario mencionado, y he acordado pagar, de manera actual, cualquier saldo de dichos cargos por servicio profesional por encima de este pago del seguro.

- Una fotocopia de esta cesión se considerará tan efectiva y válida como la original.
- También autorizo la divulgación de cualquier información pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguros, ajustador o abogado involucrado en este caso.
- Autorizo Rehabilitación de estrellas para iniciar una queja ante el Comisionado de seguros por cualquier razón en mi nombre.

HIPPA aviso de prácticas de privacidad _____ Inicial _____

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente.

Usos y divulgaciones de información sanitaria protegida

Su información de salud protegida puede ser usada y revelada por su terapeuta físico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestras oficinas que están involucrados en su cuidado y tratamiento con el fin de brindarle servicios de atención médica. Su información de salud protegida también puede ser usada y revelada para pagar sus facturas de atención médica y para apoyar el funcionamiento de la práctica de su terapeuta físico.

Tratamiento: utilizaremos y divulgaremos su información de salud protegida para proveer, coordinar, o manejar su cuidado médico y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, divulgaremos su información médica protegida, según sea necesario, a una agencia de salud en el hogar que le proporcione atención. Por ejemplo, su información de salud protegida puede ser proporcionada a un médico al cual usted ha sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.



**Rehabilitación de estrellas
(fisioterapia)**
120 W 7TH St, Ste 200, Plainfield, NJ

Nombre del paciente: _____

Pago: Su información médica protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, la obtención de la aprobación para una estadía hospitalaria puede requerir que su información de salud protegida pertinente sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación.

Operaciones de atención médica: Su información de salud puede ser utilizada según sea necesario para apoyar las actividades diarias y la gestión de Estrella Rehabilitación. Por ejemplo, la información sobre los servicios que usted recibió puede ser utilizada para apoyar el presupuesto y la información financiera, y las actividades para evaluar y promover la calidad. Otros ejemplos podrían incluir: actividades de revisión de empleados, programas de capacitación incluyendo aquellos en los que estudiantes, aprendices, o profesionales en cuidado de la salud aprenden bajo supervisión acreditación, certificaciones, licencias o actividades de credenciales, revisión y auditoría, incluyendo revisiones de cumplimiento, revisiones médicas, servicios legales y mantener programas de cumplimiento, y administración de negocios y actividades administrativas generales. En ciertas situaciones, también podemos revelar información del paciente a otro proveedor o plan de salud para sus operaciones de atención médica.

Aplicación de la ley: Su información de salud puede ser revelada a los organismos de aplicación de la ley para apoyar las auditorías e inspecciones del gobierno, para facilitar las investigaciones de la aplicación de la ley, y para cumplir con los informes obligatorios del gobierno.

Informes de salud pública: Su información de salud puede ser divulgada a agencias de salud pública como lo requiere la ley. Por ejemplo, estamos obligados a informar de ciertas enfermedades transmisibles al Departamento de salud pública de los Estados.

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos será hecho solamente con su consentimiento, autorización, u oportunidad de objetar a menos que sea requerido por la ley. Usos y divulgaciones de información de salud protegida basándose en su autorización por escrito, otros usos y divulgaciones de su información médica protegida se harán sólo con su autorización por escrito, a menos que la ley lo permita o lo exija de otra manera descritas a continuación. Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su información de salud protegida por las razones cubiertas por su autorización escrita. Por favor entienda que somos incapaces de recuperar cualquier divulgación ya hecha con su autorización.

Puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su proveedor o la práctica de los proveedores ha tomado una acción en dependencia del uso o la divulgación indicada en la autorización.

Usted tiene los siguientes derechos bajo las normas federales de privacidad con respecto a la información de salud que mantenemos sobre usted.

Estos derechos son los siguientes:

- El derecho a solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de su información médica protegida
- El derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su condición médica y tratamiento
- El derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida
- El derecho a enmendar y presentar correcciones a su información médica protegida
- El derecho a recibir una contabilidad de cómo y a quién se ha divulgado su información de salud protegida
- El derecho a recibir una copia impresa de este aviso

Quejas

Usted puede quejarse a nosotros o a la Secretaria de salud y servicios humanos si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando su queja por escrito. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Rehabilitación de estrellas Inc Deberes: La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su información de salud protegida y que le proporcionemos este aviso de prácticas de privacidad. También estamos obligados a acatar las políticas y prácticas de privacidad que se delinean en este aviso.

Derecho a revisar las prácticas de privacidad permitidas por la ley, nos reservamos el derecho de enmendar o modificar nuestras políticas y prácticas de privacidad. Estos cambios en nuestras políticas y prácticas pueden ser requeridos por cambios en las leyes y reglamentos federales y estatales. Bajo petición, le proporcionaremos el aviso revisado más recientemente en cualquier visita de la oficina. Las políticas y prácticas revisadas se aplicarán a toda

No show/cancelación	Inicial _____
---------------------	---------------

la información de salud protegida que mantengamos.

Nos damos cuenta de que las circunstancias pueden hacer que usted pierda una cita programada; sin embargo, para proporcionar la mejor atención y servicio a cada paciente, le pedimos que nos notifique con 24 horas de antelación para cancelar su cita. Estaremos más que dispuestos a reprogramar su cita para una hora diferente en el día programado o en el plazo de 24 horas.

Por favor, tenga en cuenta que el fracaso de la notificación adecuada podría resultar en una cuota de no show/cancelación de \$25.

Valoramos nuestras relaciones entre el paciente y el terapeuta y haremos todo lo posible para acomodarle. Su comunicación y conformidad no sólo son muy apreciadas, sino que le ayudarán (y a otros) a lograr un resultado positivo.

He leído y entiendo todas las autorizaciones y políticas anteriores y estoy de acuerdo con ellas.

X _____

Guardian

Paciente

Fecha