



A Different Kind of Health Care Company

We help your company's patients and outcomes be their healthiest.

AMERICAN HEALTH CARE ESTÁ REGIDO POR LA LEY DE PRIVACIDAD (INCLUYENDO HIPPA Y HITECH) Y NUNCA REVELARÁ SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (ISP) A NADIE A MENOS QUE DICHA REVELACIÓN SEA NECESARIA PARA PROVEERLE CON EL CUIDADO QUE USTED HA SOLICITADO. SU ISP NUNCA SERÁ VENDIDA A UNA TERCERA PARTE.

ESTA AUTORIZACIÓN ES VOLUNTARIA Y REPRESENTA SUS INTENCIONES PERSONALES. USTED ENTIENDE QUE AMERICAN HEALTH CARE SÓLO REVELARÁ SU ISP COMO SEA NECESARIO PARA PROPORCIONAR ATENCIÓN DE ACUERDO CON SU PLAN ESPECÍFICO O PARA COORDINAR PAGO POR DICHO CUIDADO. UN EJEMPLO COMÚN DE TAL REVELACIÓN SERÍA QUE AMERICAN HEALTH CARE NECESITE COMUNICARSE CON SU MÉDICO DE FUERA DE RED DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA HABLAR DE SU TRATAMIENTO. AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, USTED AUTORIZA A AMERICAN HEALTH CARE PARA USAR Y REVELAR SU ISP SÓLO SEGÚN LO DISPUESTO POR LA LEY Y DE ACUERDO CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN HIPPA.

SI ASÍ LO DESEA, TAMBIÉN PUEDE AUTORIZAR A LA SIGUIENTE PERSONA (S) A RECIBIR SU ISP DE AMERICAN HEALTH CARE. EL RECIBO DE UN PARTICULAR PUEDE NO ESTAR PROTEGIDO POR LAS LEYES FEDERALES Y LAS LEYES ESTATALES DE SALUD DE LA INFORMACIÓN PRIVADA SI LA PERSONA (S) QUE USTED AUTORIZA A RECIBIR SU ISP ES(SON) NO SUJETAS A DICHAS LEYES. (EJEMPLOS COMUNES DE PERSONAS QUE TAL VEZ DESEE AUTORIZAR INCLUYEN ESPOSOS (AS), HIJOS (AS), MÉDICOS FUERA DE LA RED O CUALQUIER OTRA PERSONA QUE NO SEA PARTE DEL PLAN PERO QUE A USTED LE GUSTARÍA QUE SE COMUNICARA CON AMERICAN HEALTH CARE SOBRE SU CUIDADO.)

Nombre: _____	Nombre: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
_____	_____
_____	_____

[LA AUTORIZACIÓN PARA RELEVAR LAS NOTAS DE LA PSICOTERAPIA DEBEN SER SEPARADAS.]

YO CERTIFICO QUE HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER Y EXAMINAR EN CONTENIDO DE ESTA AUTORIZACIÓN. ESTA AUTORIZACIÓN ESTÁ EN VIGOR HASTA QUE SEA REVOCADA.

<b>Firma del Paciente</b> [O persona legalmente autorizada a dar su consentimiento]	_____	<b>Fecha de la firma:</b>	_____
<b>Relación con el Paciente</b> [de la persona que legalmente autoriza a consentir la revelación]	_____		

<sup>1</sup>TAL COMO SE DESCRIBE EN EL ACTO HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT OF 1996 O HIPPA [45 CFR 164] Y LA LEY HEALTH INFORMATION TECHNOLOGY FOR ECONOMIC AND CLINICAL HEALTH O HITECH [LEY PÚBLICA 111-5] QUE APLICAN REGLAS DE PRIVACIDAD Y SEGURIDAD A PLANES DE SALUD, PROVEEDORES DE CUIDADO MÉDICO, CENTROS DE INTERCAMBIO DE INFORMACIONES, Y COLEGAS DE NEGOCIOS DE LAS ENTIDADES BAJO LA COBERTURA.