



Phone 732.702.1039

Fax 732.548.7408

187 NJ-36, #230

West Long Branch, NJ 07764

Consentimiento para el uso y divulgación de información médica protegida (PHI)

Uso y divulgación de PHI

Su PHI será utilizada por Allied Digestive Health, o divulga a otros terceros autorizados, con el propósito de tratamiento, obtener pago o respaldar las operaciones de atención médica diarias de la práctica.

Solicitar una restricción sobre el uso o divulgación de su información

Puede solicitar una restricción sobre el uso o divulgación de su información médica protegida. Allied Digestive Health puede acordar restringer el uso o divulgación de su información médica protegida. Si ADH está de acuerdo con su solicitud, la restricción será vinculante para la práctica en su conjunto. El uso y la divulgación no autorizados de PHI es una violación de una restricción acordada y será una violación de los estándares federales de privacidad.

Doy mi consentimiento para ser contactado de la siguiente manera:

Teléfono Principal: _____

No llame a este número

Está bien dejar un mensaje para devolver la llamada **solamente**

Está bien dejar un mensaje **con resultados e información detallada, incluida la facturación**

Teléfono Secundario: _____

No llame a este número

Está bien dejar un mensaje para devolver la llamada **solamente**

Está bien dejar un mensaje **con resultados e información detallada, incluida la facturación**

Otras personas autorizadas a recibir mi información médica:

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono: _____

Revocación del Consentimiento

Puede revocar este consentimiento para el uso y divulgación de su información médica protegida en cualquier momento. Puede revocar este consentimiento por escrito. Cualquier uso de divulgación que ya haya ocurrido antes de la fecha en que se reciba su revocación de consentimiento no se verá afectado.

He revisado este formulario de consentimiento y por la presente doy mi permiso a Allied Digestive Health para usar y divulgar mi Información de salud protegida de acuerdo con estas pautas.

Firma del Paciente o Tutor

Fecha

Nombre impreso del paciente o tutor