

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DE LA LEY HIPAA

Entiendo que al firmar este documento yo doy consentimiento y autorizo a la Dra. en Psic. Natalie Kollross, Psicóloga Clínica y al personal de la oficina encargado de hacer mis citas y de los cobros, para utilizar y dar a conocer cierta información de mi salud y para poder consultar con mi médico de cabecera u otros profesionales médicos. Esta información pudieran ser expedientes por escrito o electrónicos, comunicaciones orales y pudiesen incluir mi estado de salud, síntomas, resultado de pruebas, diagnósticos, planes de tratamiento, recetas e información similar relacionada con mi salud, que haya sido designada como Información de la Salud Protegida de acuerdo con el Decreto del Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad de 1996.

Entiendo que mi información de la salud que está protegida es diferente y totalmente separada de las notas de psicoterapia clínica de la **Dra. en Psic. Natalie Kollross, Psicóloga Clínica**, que documentan de sesión a sesión los diferentes asuntos de los que hablemos en las terapias. Dichos asuntos son considerados privados y necesitarían un consentimiento de mi parte por separado para que pudiesen ser dados a conocer a alguna otra persona, con sujeción a las condiciones enlistadas en la notificación de las prácticas de privacidad, que he leído.

También entiendo que tengo el derecho de recibir y revisar la descripción escrita de cómo es que el proveedor manejará mi información de la salud. Esta descripción escrita es conocida como la notificación de prácticas de privacidad y describe los usos y el cómo se divulgará la información recaudada y las prácticas que siguen los empleados y cualquier otro personal de la oficina de **Psychological Services of Pendleton, LLC**, en cuanto a cómo se podrá dar a conocer dicha información y mis derechos concernientes a la misma.

Entiendo que la notificación de prácticas de privacidad pudiera ser revisada de vez en cuando y que tengo el derecho de recibir una copia cada vez que se haya enmendado dicha notificación. También entiendo que una copia o un resumen de la versión más actual de la notificación de prácticas de privacidad que esté en vigor será publicada en el área de la sala de espera/ recepción.

Yo entiendo que tengo el derecho de pedir que una parte o toda mi información de la salud no sea utilizada o divulgada de la manera en que esta descrita en la notificación de prácticas privadas y entiendo que mi proveedor no está obligado por ley de aceptar dicha petición.

Al firmar abajo, Yo acepto que he leído y que entiendo la información mencionada anteriormente y que he recibido una copia de la notificación de las prácticas de privacidad.

Por: _____ Fecha: _____
(Paciente)

O

Por: _____ Fecha: _____
(Representante del Paciente)

Descripción de la autoridad del representante del paciente: _____
