



Yo reconozco que:

- He recibido una copia del HIPAA Aviso de las Prácticas de Privacidad de Person Centered Services.
- Me han aconsejado de mis derechos para controlar y obtener acceso a mi Información Protegida de Salud (PHI) y entiendo que puedo contactar a Person Centered Services para obtener más información sobre estos derechos y el uso y la revelación de mi PHI.
- Yo autorizo el uso y la revelación de mi PHI por Person Centered Services y sus trabajadores, profesionales de la salud y vendedores dando servicios o suministros a mi al propósito de tratamiento, pagos y operaciones de atención médica.
- Yo entiendo que las leyes de New York requieren mi consentimiento antes de que Person Centered Services puede usar o revelar mi PHI para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- Yo entiendo que esta información puede ser usado o revelado por Person Centered Services para:
 - coordinar o proveer para mi cuidado, tratamiento y servicios;
 - comunicar entre varios profesionales de la salud y otros quienes están involucrados en mi cuidado, tratamiento, y servicios;
 - obtener pagos para servicios proporcionados por Person Centered Services;
 - proveer información a y obtener pagos por Medicaid u otro Seguro medico;
 - evaluar y revisar la calidad de mi cuidado, tratamiento y servicios; y
 - conducir sus operaciones del negocio y atención medico.
- Yo entiendo que mi firma en este formulario de consentimiento es requerido para yo recibir cuidado, tratamiento y servicios de Person Centered Services y que Person Centered Services puede condicionar mi cuidado, tratamiento y servicios en obtener mi consentimiento para el uso y la revelación de mi PHI para tratamiento, pago y operaciones de atención medico.

Por firmar abajo yo reconozco que:

- Yo he leído y entiendo los términos de este consentimiento.
- Yo he tenido una oportunidad para preguntas sobre el uso y la revelación de mi PHI.

Nombre del Individuo

Firma del Individuo

Llena lo siguiente si el individuo recibiendo servicios es menor de edad o tiene un guardián o representante:

Nombre del Representante del Individuo

Describe la Relación del Representante al Individuo

Firma del Representante del Individuo

Número de teléfono del Representante

Fecha: _____