



Servicios de Terapia Ocupacional Pediátrica
Línea directa: (803) 3269-9500 Email: support@mytherapyworld.com

Cumplimiento de HIPPA

CONSENTIMIENTO PARA DISCUTIR CON MIEMBROS DE LA FAMILIA Y / O REPRESENTANTE PERSONAL AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO Y / O INFORMACIÓN FINANCIERA EN LA AUSENCIA DEL PACIENTE.

Por la presente doy mi permiso para que el terapeuta de Therapy World, LLC y otro personal, incluido el personal administrativo, divulguen y discutan mi información médica y financiera con la siguiente persona(s):

Nombre: _____ Relación con el/la paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el/la paciente: _____

Firma del Paciente / Garante _____ Fecha: _____

Firma de Testigo: _____ Fecha: _____

Yo, _____ doy permiso para que Therapy World, LLC divulgue Información de salud protegida en forma de:

Por favor marque todo lo que corresponda:

- Puede dejar mensajes DETALLADOS a través del contestador automático, correo electrónico o carta.
- En persona conmigo mismo y con las personas autorizadas como se indica arriba.

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Therapy World, LLC, versión vigente a partir del 10 de enero de 2018. Doy mi consentimiento para los usos y divulgaciones de mi información médica protegida como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma de Paciente/ Guardián

Fecha

Nombre de Paciente

Nombre Paciente/ Guardián (si corresponde)