

United Cerebral Palsy of Tampa Bay, Inc. dba Achieve Tampa Bay
2215 East Henry Avenue Tampa, FL 33610
Phone # 813-239-1179 Fax # 813-237-3091

**Consentimiento de Utilizar y Divulgar Informacion de Salud Individual Identificable
para Tratamiento, Pago y/o Operaciones del Cuidado de la Salud
Programa de Terapia y Programa de Apoyo a Familias**

Entiendo que como parte de mis servicios, United Cerebral Palsy of Tampa Bay, Inc. dba Achieve Tampa Bay (“la agencia”) recibe, crea, mantiene, divulga, y utiliza informacion de salud individual identificable, incluyendo pero no limitado a: expedientes medicos y otra informacion de salud describiendo mi historial salud, diagnosticos, los resultados de evaluaciones/exámenes, tratamiento, notas del progreso, facturas y informacion acerca de mi seguro de salud.

He recibido una copia del Aviso de Practicas Respecto a la Privacidad que explica como la agencia puede utilizar y divulgar mi informacion de salud individual identificable. Entiendo que la agencia no puede utilizar o divulgar mi informacion de salud individual identificable en una manera no especificada en el Aviso. He tenido la oportunidad a hacer preguntas y recibir contestaciones adecuados.

Entiendo que no tengo que consentir al uso y divulgacion de mi informacion de salud individual identificable, pero si no consiento, la agencia tiene el derecho negar a darme servicios.

Tengo el derecho a pedir que coloque una limitacion en el uso o divulgacion de mi informacion de salud individual identificable. Tambien entiende que la agencia no esta obligado a asentir con mi solicitud. Sin embargo, si la agencia esta de acuerdo, debe aceptar las restricciones hasta que yo les pido en forma escrita que la limitacion no continua en efecto, o la agencia me da notificacion que no continua estar de acuerdo con esta limitacion.

Yo pido las siguientes limitaciones en el uso o divulgacion de mi informacion de salud individual identificable:

-
- Le doy permiso a United Cerebral Palsy of Tampa Bay, Inc dba Achieve Tampa Bay Programa de Terapia y Programa de Apoyo a Familias a evaluar y proveer tratamiento a mi hijo(a). El personal del programa me han explicado los servicios ofrecidos y recomendados y las cargas y manera de facturar por servicios prevenidos.
 - Este consentimiento se queda valido mientras que mi hijo(a) continua en el programa o hasta que yo lo retire.
 - Autorizo a United Cerebral Palsy of Tampa Bay, dba Achieve Tampa Bay a proveer informacion a la compania de seguro de salud u otras para cargarle por servicios prevenidos. Tambien autorizo que asignen los pagos correspondientes a United Cerebral Palsy of Tampa Bay, Inc.
 - Yo entiendo que yo soy responsable por los deducibles del seguro, co-pagos y otros cargos por materiales o servicios que no son cuberitos por el seguro.
 - La agencia emplea asistentes de terapia fisica , del habla/lenguaje, y ocupacional, autorizados a proveer terapia bajo la supervision directa de un terapeuta fisica, del habla/lenguaje, u ocupacional. Autorizo a asistentes de terapia a ofrecer tratamiento a mi hijo(a).

Firma del Cliente o Representante Legal

Testigo

Fecha: _____

Fecha: _____

Relacion al Cliente _____