

# Patient Health Information Consent Form

We would like to inform you on how your Patient Health Information (PHI) is going to be used in this office and your rights concerning those records. Before we begin any health care treatment, we require you to read and sign this consent form, stating that you understand and consent to our policies and procedures on patient record keeping and usage. If you would like to have a more detailed account of our policies and procedures concerning the privacy of your Patient Health Information we encourage you to read the HIPPA NOTICE that is available to you at the front desk before signing this consent. *(Nos gustaría informarle de la manera en la que la Información de Salud del Paciente (PHI-ISP) se va a utilizar en esta oficina y sus derechos sobre los registros. Antes de comenzar cualquier tratamiento de cuidado de salud, necesitamos que lea y firme este formulario de consentimiento, que indica que usted entiende y acepta las políticas y procedimientos de mantenimiento de su registro y el uso de su información. Si le gustara tener un informe más detallado de nuestras políticas y procedimientos acerca de la privacidad de su Información de Salud del Paciente, antes de firmar este consentimiento, le recomendamos que lea el AVISO de HIPPA que está disponible para usted, en la recepción.)*

- 1. The patient understands and consents to allow of this chiropractic office to use your Patient Health Information (PHI) for the purpose of treatment, payment, healthcare operations, and coordination of care. As an example, the patient consents to allow this chiropractic office to submit request PHI to Health Insurance Company (or companies) provided to us by the patient for the purpose of payment. Be assured that this office will limit the release of PHI to the minimum needed for what the insurance companies require for payment.** *(El paciente entiende y da su consentimiento para que esta oficina quiropráctica utilice la Información de Salud del Paciente (PHI-ISP) para el procedimiento del tratamiento, pagos, operaciones del cuidado de la salud, y la coordinación de la atención de la salud. Como un ejemplo, el paciente da su consentimiento para permitir que esta oficina solicite PHI-ISP de compañías de seguros de salud, que nos ha proporcionado el paciente, con el propósito de pago. Sea asegurado que esta oficina limitará la liberación de PHI-ISP a mínimo necesario para lo que las compañías de seguros requieren para el pago.)*
- 2. The patient has the right to examine and obtain a copy of his or her own health records at any time and request corrections. The patient may request to know what disclosures have been made and may submit in writing any further restrictions on the use of their PHI. Our office is not obligated to agree to those restrictions.** *(El paciente tiene el derecho a examinar y obtener una copia de su archivo de salud, en cualquier momento y solicitar correcciones. El paciente podrá solicitar revelaciones hechas en su archivo y puede presentar por escrito cualquier otra restricción sobre el uso de su PHI-ISP. Nuestra oficina no está obligado a aceptar las restricciones.)*
- 3. A patient's written consent need only be obtained one time for all subsequent care given the patient in this office.** *(El consentimiento escrito del paciente solamente es necesario obtenerse una vez para todos los subsiguientes cuidados dado al paciente, en esta oficina.)*
- 4. The patient may provide a written request to revoke consent at any time during care. This would not effect the use of those records for the care given prior to the written request to revoke consent but would apply to any care given after the request has been presented.** *(El paciente puede proporcionar una solicitud por escrito para revocar el consentimiento en cualquier momento durante la terapia. Esto no afectaría el uso de registros para la atención, antes de la solicitud escrita de revocar el consentimiento, sino que se aplicaría a cualquier atención después de que la solicitud ha sido presentada.)*
- 5. For your security and right to privacy, all staff has been trained in the area of patient record privacy and a privacy official has been designated to enforce those procedures in our office. We have taken all precaution that are known by this office to assume that your records are not readily available to those who do not need them.** *(Para su seguridad y su derecho a la privacidad, todo el personal ha sido entrenada en el área de privacidad de los registros de los pacientes y un oficial de privacidad ha sido designado para aplicar estos procedimientos en nuestra oficina. Hemos tomado toda precaución que son conocidos por esta oficina para asumir que sus registros no están disponibles para quienes no los necesitan.)*
- 6. Patients have the right to file a formal complaint with our privacy official about any possible violations of these policies and procedures.** *(Los pacientes tienen el derecho de presentar una queja formal con nuestro oficial de privacidad acerca de cualquier violación posible de estas pólizas y procedimientos.)*
- 7. If the patient refuses to sign this consent for the purpose of treatment, payment and health care operations; the chiropractic doctor has the right to refuse to render treatment.** *(Si el paciente se niega a firmar este consentimiento, para el tratamiento, pagos y operaciones del cuidado de la salud; el doctor quiropráctico tiene el derecho a negarse a rendir el tratamiento.)*
- 8. From time to time we may send you birthday cards, correspondences, use your name on a birthday list or use your name on a referral board, in our office. By you placing your signature below, you give us permission to do so.** *(De vez en cuando, les enviamos tarjetas de cumpleaños, correspondencias, utilizamos su nombre en un lista de cumpleaños o utilizamos su nombre en una tabla de referencia, en nuestra oficina. Por su firma a continuación lo que nos han dado permiso para hacerlo. Por poner su firma abajo, usted nos da permiso para hacerlo.)*

**I have read and understood how my Patient Health Information will be used and I agree to these policies and procedures.** *(He leído y he entendido la susodicha información y estoy de acuerdo con sus términos.)*

\_\_\_\_\_  
**Patient Signature (Firma del Paciente)**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Date (Fecha)**

\_\_\_\_\_  
**Print Patient Name (Imprima el Nombre del Paciente)**