

YOUTH CONSULTATION SERVICE, INC.
284 Broadway
Newark, NJ 07104
Tel. (973) 482-8411

HIPAA-NJ MANUAL DE PRIVACIDAD

CONSENTIMIENTO DE USO Y FORMA DE REVELACION (Para Tratamiento, Pago, y Operaciones de Salud)

Yo, el infrascrito (el paciente o el representate personal del paciente), entiendo que en el curso de proveer servicios a _____ (el "Paciente")

(escriba el nombre del paciente)

Youth Consultation Service, In. ("YCS") recibirá, creara, mantendrá, y revelara información sobre la salud del paciente por el efecto de las estipulaciones, de YCS y otros proveedores de servicios de salud; dicha información será sobre tratamiento, asegurando pago del paciente (usted), del estado de Nueva Jersey, de la aseguranza, o de una persona o grupo. Esta información también esta relacionada a operaciones de servicios de salud de YCS o de otros proveedores de servicios de salud que han tratado al paciente, como requerido por ley estatal (NJ) o Federal. Yo (usted) entiendo que más descripciones y detalles de dichas revelaciones de información medica se encuentran en el documento YCS Notificación de Practica Privada, cuya copia he recibido.

Con excepción a información genética, yo estoy de acuerdo a la utilización, examinación, y revelación de cualquier información medica sobre el paciente. Esto incluye, pero no esta limitado a: infecciones de SIDA/HIV conocido o sospechado; Información sobre salud mental, incluyendo archivos de ser internado; Enfermedades transmisibles; y abuso de drogas/alcohol y/o tratamiento, así como sea razonable y necesario por YCS, sus empleados y otros miembros de su fuerza de trabajo con el propósito limitado a la entrega de tratamiento, asegurando pago por tratamiento, y administrando operaciones de YCS.

Yo estoy de acuerdo que YCS revele dicha información medica, como sea necesariamente razonable, a otros proveedores de servicios de salud que estén involucrados con el tratamiento del paciente y los empleados y trabajadores de dichas organizaciones con el propósito de pago del tratamiento y operaciones administrativas; también información medica sobre usted podrá ser revelada a cualquier asegurador privado o del gobierno, incluyendo a Medicaid y Medicare, con sus agentes y mediadores; también otras personas, grupos, organizaciones que sean responsables por las finanzas con el propósito de determinar beneficios y asegurar pago; Y también su información medica podrá ser revelada como sea permitido por la ley estatal (NJ) y Federal.

Yo también entiendo que YCS limitara las revelaciones sobre tratamiento, pago, y operaciones de servicio de salud que hace sobre la salud y cuidado mental del paciente en relación con los servicios de salud mental en la comunidad consolidada por el estado de Nueva Jersey a la información de salud mental que YCS produjo, pero indicara las fuentes de información borrada.

Este consentimiento puede ser anulado en cualquier tiempo, pero solo al cierto punto que YCS no ha actuado en confianza a este documento. Este consentimiento permanecerá valido hasta que sea anulado.

Escriba su Nombre

Firma del paciente sí mayor de 14 años

Fecha

Firma del representante legal sí el paciente menor de 14 años

Fecha: _____

Relación al paciente
(Ex. Uno mismo, Guardián legal, u otro representate)