



## CONSENTIMIENTO PARA USOS Y DIVULGACION DE INFORMACION PERSONAL

Este formulario es un acuerdo entre usted y nosotros, cuando usamos las palabras "usted" y "su" a continuación, esto puede significar que usted, su hijo, un familiar u otra persona (si usted ha escrito su nombre aquí): \_\_\_\_\_.

Cuando lo examinemos a usted en sesiones, analicemos, diagnostiquemos, tratemos o para referidos, recopilaremos lo que la ley llama "información de salud protegida" (PHI) sobre usted. Necesitamos utilizar esta información en nuestra oficina para decidir qué tratamiento es mejor para usted y brindarle tratamiento. También podemos compartir esta información con otras personas para organizar el pago de su tratamiento, para ayudar a llevar a cabo ciertas funciones comerciales o gubernamentales, o para ayudar a brindarle otro tratamiento. Al firmar este formulario, también está aceptando dejarnos usar su PHI y enviarla a otros para los fines descritos anteriormente. Su firma a continuación reconoce que ha leído o escuchado nuestro aviso de prácticas de privacidad, que explica con más detalle cuáles son sus derechos y cómo podemos usar y compartir su información.

Si **no** firma este formulario y acepta nuestras prácticas de privacidad, no podemos tratarlo. En el futuro, podemos cambiar la forma en que usamos y compartimos su información, y por lo tanto, podemos cambiar nuestro aviso de prácticas de privacidad. Si lo cambiamos, puede obtener una copia de nuestro sitio web, [www.polariscounseling.com](http://www.polariscounseling.com), o puede llamarnos al 630 779 0751 o solicitar una copia a James D. M. Smithers, nuestro funcionario de privacidad.

Si le preocupa su PHI, tiene derecho a solicitar que no usemos ni compartamos parte de ella para fines de tratamiento, pago o administrativos. Tendrá que decirnos lo que quiere por escrito. Aunque trataremos de respetar sus deseos, no estamos obligados a aceptar estas limitaciones. Sin embargo, si aceptamos, prometemos hacer lo que usted solicitó. Después de que haya firmado este consentimiento, tiene derecho a revocarlo escribiendo a nuestro oficial responsable de privacidad. Entonces dejaremos de usar o compartir su PHI, pero es posible que ya hayamos usado o compartido parte de ella, y no podremos cambiar esto.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente o su representante personal

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del cliente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Descripción de la autoridad del representante personal

\_\_\_\_\_  
Firma del representante autorizado de esta práctica

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_

Relación con el cliente