ABC Pediatric Therapy Services

2655 Dallas Highway Suite 320
Marietta, GA 30064
Betsy Eager-Kessel MS CCC-SP, Owner/Director

Autorización para el uso o divulgación de información
Para el propósito solicitado por el terapeuta

*En este documento, "yo" y "mi" se refieren al paciente y "Terapeuta" se refiere a ABC Pediatric Therapy Services, Inc.

Por la presente autorizo al Terapeuta a (comprobar los que correspondan)
_____ utilizar la siguiente información de salud protegida, y/o
_____ divulgar la siguiente información médica protegida a lo siguiente:

_____

Esta información protegida está siendo utilizada o divulgada para los siguientes propósitos:

_____

Esta Autorización estará en vigor y surtirá efecto hasta el_____, momento en el que esta Autorización para usar o divulgar esta información médica protegida expire.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización, por escrito en cualquier momento mediante el envío de dicha notificación por escrito al Oficial de Privacidad del Terapeuta, en 2655 Dallas Highway Suite 320, Marietta, GA 30064. Entiendo que la revocación no es efectiva en la medida en que el Terapeuta ha confiado en el uso o divulgación de la información médica protegida. Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a la re-divulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por la ley federal o estatal. El terapeuta no condicionará mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para el beneficio (si corresponde) sobre si proporciono Autorización para el uso solicitado de la divulgación.
Entiendo que tengo derecho a inspeccionar o copiar la información médica protegida para ser utilizada o divulgación según lo permitido por la ley federal (o la ley estatal en la medida en que la ley estatal proporcione mayores derechos de acceso) y/o negarse a firmar esta Autorización. Entiendo que el uso o divulgación requerido bajo esta Autorización puede resultar en una remuneración directa o indirecta al Terapeuta de un tercero.

_____	_____
Firma del Padre o Guardian	Descripción de la Autoridad del Guardián
_____	_____
Impreso Nombre de Paciente	Fecha de la Firma