Family Health Services	Título: Formulario de Reconocimiento de HIPAA	ID #: FD1003 Efectivo: 12/17/2025 Página: 1
	TELÉFONO: 419-502-2800 • FAX: 419-502-2821	

NOMBRE DEL PACIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/AAAA:

Comunicación: FHS participa en uno o más Intercambios de Información de Salud. Los Intercambios de Información de Salud son redes electrónicas utilizadas para proporcionar de forma segura acceso a los registros de salud del paciente antes mencionado.

➡ _____ Al poner sus iniciales aquí, doy mi consentimiento para permitir el acceso al registro de salud del paciente antes mencionado a través del Intercambio de Información de Salud.

➡ _____ Al poner sus iniciales aquí, autorizo a FHS a dejar un mensaje en el contestador automático o correo de voz del paciente antes mencionado con respecto a citas programadas, premedicación e instrucciones.

➡ Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a obtener información médica sobre el paciente antes mencionado. FHS no es responsable de la información proporcionada si se entrega a una/ambas personas que se enumeran a continuación.

☐ Marque esta casilla si no desea que su información se comparta con nadie.

Nombre de la persona autorizada a Recibir información de salud:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):
Número de teléfono:	Relación con Paciente antes mencionado:
Nombre de la persona autorizada a Recibir información de salud:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):
Número de teléfono:	Relación con Paciente antes mencionado:

Uso y divulgación de información de salud: He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de FHS. Si los Estándares Federales de Privacidad explican cómo FHS puede usar y divulgar información de salud confidencial que identifica al paciente antes mencionado.

Al firmar a continuación, acepto/consiento lo siguiente:

- Doy mi consentimiento para la divulgación de la información de salud y la información de la cuenta financiera del paciente antes mencionado a todos los pagadores externos y/o sus agentes que sean identificados por FHS, sus agentes de facturación, agentes de cobro, abogados o consultores. Esto incluye otros agentes que representan a FHS o ayudan a FHS con el propósito de asegurar el pago de todas las partes que son potencialmente responsables del pago de la atención médica del paciente antes mencionado, incluido el abuso de sustancias, la atención psiquiátrica o el VIH, si corresponde.

- Si el paciente antes mencionado es un niño menor de edad, autorizo a FHS a divulgar toda la información de salud que esté contenida en el registro del paciente al Distrito Escolar _____ para el tratamiento y de otra manera necesario para la seguridad y la educación del paciente antes mencionado bajo la dirección exclusiva de FHS. Entiendo y reconozco que esto puede incluir el tratamiento de enfermedades físicas y mentales, el abuso de alcohol/drogas y/o resultados o diagnósticos de pruebas de VIH/SIDA. Esta autorización no incluye el permiso para divulgar notas de psicoterapia ambulatoria como se define a continuación**. La divulgación de las notas de psicoterapia requiere una autorización por separado para ser completada. Esta autorización expirará automáticamente cuando uno de los siguientes elementos tenga lugar:

    - El formulario de reconocimiento de HIPAA expirará automáticamente anualmente
    - Cuando FHS ya no preste servicios de atención médica en la escuela, el Distrito Escolar mencionado arriba

- Cuando el paciente antes mencionado ya no sea estudiante en el Distrito Escolar mencionado anteriormente
- Cuando revoque esta autorización.

- Puedo revocar mi consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que FHS ya haya confiado en mi consentimiento mediante un aviso escrito enviado a:

Family Health Services
Atn: Administrador
1912 Hayes Avenue
Sandusky, OH 44870

FIRMA DEL PACIENTE O PARTE RESPONSABLE*:	FECHA:
NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE O PARTE RESPONSABLE*:	RELACIÓN CON EL PACIENTE:

* SI ALGUIEN QUE NO SEA EL PACIENTE ESTÁ FIRMANDO ESTE FORMULARIO, UNA COPIA DE LA DOCUMENTACIÓN LEGAL QUE VERIFIQUE EL REPRESENTANTE PERSONAL DEL PACIENTE DEBE ACOMPAÑAR EL CONSENTIMIENTO (ES DECIR, LA TUTELA DEL PACIENTE DESIGNADA POR EL TRIBUNAL O EL PODER DURADERO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD). LA ÚNICA EXCEPCIÓN ES SI UN PADRE ESTÁ FIRMANDO POR UN NIÑO MENOR DE EDAD.

** Las notas de psicoterapia se definen como notas que documentan sesiones de consejería privadas, conjuntas, grupales o familiares y están separadas del resto del expediente médico del paciente antes mencionado.