



AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD DURANTE LA INSCRIPCIÓN Y LA MEMBRESÍA EN LA RED CHIROHEALTHUSA

Yo autorizo a mi proveedor a usar y divulgar mi información de salud (incluyendo mi nombre, número de teléfono, dirección, dirección de correo electrónico, fecha de nacimiento, sexo, nombre de dependientes, nombre de mi proveedor e información de pago) a ChiroHealthUSA con la finalidad de inscribirme en la red ChiroHealthUSA, así como enviarme materiales promocionales, de marketing, y otras comunicaciones relacionadas con mi membresía de la red ChiroHealthUSA. Entiendo que mi proveedor no recibirá una remuneración directa o indirecta de ChiroHealthUSA por el uso y divulgación de mi información de salud.

Entiendo que la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996, y sus reglamentos de implementación ("HIPAA") y varias leyes estatales rigen los términos de esta autorización. Entiendo que esta Autorización se limita solo a la información de salud descrita anteriormente, y no se aplica a categorías sensibles de información (como notas de psicoterapia, genética, salud mental, abuso de sustancias o información sobre VIH /SIDA).

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento poniéndome en contacto con mi proveedor y/o ChiroHealthUSA por escrito al 1307 Airport Rd. N., Suite 1A, Flowood, MS 39232, 888-719-9990. Mi revocación entrará en vigencia cuando mi proveedor y/o ChiroHealthUSA reciban dicha revocación, pero no será aplicado en la medida en que ya hayan actuado de conformidad con mi autorización previa.

Entiendo que mi proveedor no puede condicionar el tratamiento o el pago, o la elegibilidad para los beneficios o la inscripción en un plan de salud, al firmar esta Autorización. Entiendo que mi información de salud divulgada de conformidad con esta Autorización puede ser utilizada y divulgada por ChiroHealthUSA para comunicarse conmigo con respecto a mi membresía en ChiroHealthUSA, y ya no estará protegida por HIPAA. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Esta Autorización caducará de acuerdo a lo establecido a continuación, a menos que sea revocada previamente por mí notificando a mi proveedor y/o ChiroHealthUSA utilizando la información de contacto y de la manera descrita anteriormente (marque la casilla correspondiente):

- Maryland: Un año a partir de la fecha en que se firme esta autorización
- Maine: 30 meses a partir de la fecha en que se firme esta autorización
- California: En el _____ día del mes de _____ de _____
- Todos los demás estados: Cuando expire la membresía

Firma del Paciente or Representante Personal/Legal

Fecha de la Firma

Relación con el Paciente

Dirección del Paciente