



Puede acceder al CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR Y/O OBTENER INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI) a través del Portal del Cliente.

Entiendo que, como parte de mi tratamiento y/o de los servicios que recibo, Chrysalis Health crea, registra y mantiene información médica y opiniones sobre mí que describen mi historial de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico, tratamiento/servicios y planes para mi atención futura (la "Información Médica Protegida" o "PHI", por sus siglas en inglés).

Entiendo que mi información médica (PHI) relacionada con mi condición, tratamiento y/o servicios, incluida la información sobre salud mental y/o consumo o abuso de sustancias, no podrá divulgarse a ninguna persona distinta de mí sin mi consentimiento por escrito, de conformidad con las leyes y regulaciones federales y estatales aplicables, incluidas, entre otras, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), el Título 42, Parte 2 del Código de Regulaciones Federales (CFR) sobre la confidencialidad de los registros de pacientes relacionados con el tratamiento por consumo de alcohol y drogas, y el Título 45, Partes 160, 162 y 164, relativas a la seguridad y privacidad, salvo que dichas regulaciones dispongan lo contrario y únicamente en la medida permitida por ellas. Con ese entendimiento y con el propósito de orientar, planificar y proporcionar tratamiento y/o servicios,

Al firmar el Formulario de Consentimiento de Chrysalis Health, acepto divulgar información a o obtener información de la(s) persona(s) y/o agencia(s) indicadas en dicho formulario.

Entiendo que puedo limitar mi consentimiento a personas específicas, información específica o usos específicos. Asimismo, entiendo que Chrysalis Health tiene el derecho de negarse a proporcionarme tratamiento y/o servicios si no está de acuerdo con las limitaciones que yo, o mi representante legal, imponamos sobre el uso o la divulgación de mi PHI.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de mi PHI por correo electrónico sin cifrado. También entiendo que recibir mi PHI mediante correo electrónico no cifrado implica el riesgo de que dicha información pueda ser leída o accedida por un tercero durante su transmisión.

Además, entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, siempre que Chrysalis Health no haya actuado previamente basándose en dicho consentimiento. Si decido revocarlo, acepto enviar mi solicitud por escrito a la atención del "Oficial de Privacidad" (Privacy Officer).

Por último, confirmo que he recibido una copia del Aviso de Privacidad de Chrysalis Health y que he tenido la oportunidad de revisarlo y comprenderlo antes de otorgar mi consentimiento a los términos de este acuerdo.