



Consent For Use/Disclosure Notice of Privacy Practices

Please print all information in the spaces provided. Be sure to complete all fields and sign below.

Patient's Name:	Chart No.:
	Birth Date: / /

I understand that the patient's health information is private and confidential. I understand that CCI Health & Wellness Services (CCI) works very hard to protect the patient's privacy and preserve the confidentiality of the patient's personal health information. I understand that CCI may use and disclose the patient's personal health information to help provide health care to the patient, to handle billing and payment, and to take care of other health care operations. CCI has a detailed document called the Notice of Privacy Practices. It contains more information about the policies and practices protecting the patient's privacy. I understand that I have the right to read the Notice before signing this agreement.

CCI may update this "Notice of Privacy Practices". If asked, CCI will provide me with the most current Notice of Privacy Practices.

Under the terms of this consent, I can ask CCI to limit how the patient's personal health information is used or disclosed to carry out treatment, payment, or health care operations. I understand that CCI does not have to agree to my request. If CCI does agree to my request, I understand that CCI would follow the agreed limits.

I may cancel this consent in writing at any time by writing, signing, and dating a letter to CCI Privacy Officer at Support Center, 8630 Fenton Street, Suite 1204, Silver Spring, Maryland 20910. If I write a letter, it must say that I want to revoke my consent to authorize the use and disclosure of the patient's personal health information for treatment, payment, and health care operations.

If I revoke this consent, CCI does not have to provide any further health care services to the patient.

My signature below indicates that I have been given the chance to review and/or received a current copy of CCI's Notice of Privacy Practices.

My signature means that I agree to allow CCI to use and disclose the patient's personal health information to carry out treatment, payment, and health care operations.

Patient or legally authorized individual's signature

X
signature _____ date _____

If signed by anyone other than the patient, what is your relationship to patient?

OPTIONAL

I authorize the following person(s) to receive my personal health care information

Name	Relationship	Date

May we call your home number? Is it ok for CCI to leave a message?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	May we call your cell phone number? Is it ok for CCI to leave a message?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
---	--	---	--

Is it OK if the patient's parents or partner find out they are receiving services from CCI? Yes No

For Office Use Only

If any of the above is marked No then make patient CONFIDENTIAL in Alert Note.

For TAYA, Greenbelt, and FSI Family Planning Patients:
Please print patient password here _____ Include password in CONFIDENTIAL Alert Note.





Notificación de Prácticas de Privacidad

Por favor escriba claramente y con letra en molde. Asegúrese de completar la planilla y de firmar en la parte de abajo.

Nombre del Paciente:	Chart No.:
	Fecha de Nacimiento: / /

Yo entiendo que la información médica del paciente es privada y confidencial. También que CCI Health & Wellness Services (CCI) está comprometido a proteger la privacidad de cada paciente preservando la confidencialidad de la información médica. También que CCI puede usar y divulgar la información médica personal de cada paciente para ayudar a proveer ayuda médica, para facturación, pagos y para otras acciones relacionadas con la salud. CCI tiene un documento llamado "Reglamento sobre la práctica privada". Contiene información más detallada sobre las pólizas y reglamentos que protegen la privacidad de cada paciente. Entiendo que tengo el derecho de leer la notificación antes de firmar el contrato.

CCI puede modificar la "notificación de práctica privada" si yo lo requiero, CCI debe proveer la copia más reciente de la "Notificación de la práctica privada" una vez modificada.

Bajo los términos de esta autorización, yo puedo limitar a CCI acerca de cómo la información del paciente debe ser usada y divulgada para un tratamiento, pagos y otras acciones relacionadas con la salud. Entiendo que CCI no tiene que estar de acuerdo con mis requerimientos. Si CCI no está de acuerdo con mi requerimiento, entiendo que CCI va a seguir lo acordado en las normas ya establecidas.

Yo puedo cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento de la siguiente forma:

- Firmando y escribiendo la fecha en la forma que CCI me va a entregar que se llama "Revocación de autorización para uso y divulgación de la información medica"
- Escribiendo una carta con fecha y forma que debo enviar a CCI. Si escribo la carta, debo especificar que quiero revocar la autorización del uso y divulgación de la información médica para tratamientos, pagos y cualquier otro tipo de acción relacionada con la salud.

Si yo revoco esta autorización, CCI no tiene la obligación de proveer más servicios de salud al paciente.

Mi firma en este documento indica que he tenido la oportunidad de revisar una copia reciente del "Reglamento sobre la práctica privada" de CCI. Mi firma en este documento significa que yo estoy de acuerdo de permitir que CCI use y divulgue mi información personal de salud para tratamiento, pagos y cualquier otro tipo de acción relacionada con la salud.

Firma del paciente o persona legalmente autorizada

X
 firma _____ fecha _____

Si la autorización es firmada por otra persona que no sea el paciente, especifique el parentesco que tiene con el paciente. (Padres, representantes legas, y/o personal, etc.):

AUTORIZACION OPCIONAL

Yo autorizo a las siguientes personas a recibir mi información personal de salud

Nombre	Parentesco	Fecha

¿Puede recibir llamadas en su casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Puede recibir llamadas en su celular? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Se puede dejar mensajes de CCI? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Se puede dejar mensajes de CCI? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

¿Está bien si los padres del paciente o su pareja se enteran que recibe servicios de CCI? Si No

SOLO PARA USO DEL PERSONAL DE CCI

Si el paciente marco NO en cualquiera de las respuestas, entonces marque el paciente CONFIDENCIAL en la nota de alerta.

Para pacientes de CCI-TAYA, Greenbelt/FSI Planificación familiar, escriba la Contraseña del Paciente aquí: y también en la nota de alerta CONFIDENCIAL.

