



CONSENT & ACKNOWLEDGMENT FORM

I consent to the use or disclosure of my protected health information by Hartford Orthopedic Surgeons, PC (“HOS”) to any person or organization for the purposes of carrying out treatment, obtaining payment or conducting certain healthcare operations. Protected health information used or disclosed by HOS may include HIV/AIDS related information, psychiatric and other mental health information and drug and alcohol treatment information, as long as such information is used or disclosed in accordance with Connecticut & Federal law, which may require you to provide specific authorization. I understand that information regarding how HOS will use and disclose my information can be found in HOS’s Notice of Privacy Practices. I understand that this consent is effective for as long as HOS maintains my protected health information.

Hartford Orthopedic Surgeons complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex.

Hartford Orthopedic Surgeons, PC and its affiliates provide equal access to all persons, including those who have Limited English Proficiency (LEP), those who are deaf, hard of hearing, visually impaired or have other special communication needs.

By signing below, I understand and acknowledge the following:

I have read and understand this consent; and I have been offered HOS’s Notice of Privacy Practices currently in effect.

Print Name of Individual or Personal Representative

Signature of Individual or Personal Representative

Date

If signed by the individual’s representative, describe the legal authority of the representative to act on behalf of the individual: _____

I authorize the following person(s) to have access to my health records: _____

Unable to obtain written consent and acknowledgment because:

____ Individual refused

____ Emergency treatment situation

____ Individual might not be able to sign due to incompetence or other medical reason

____ Other

FORMULARIO DE AUTORIZACION Y RECONOCIMIENTO

Doy mi autorización para que Hartford Orthopedic Surgeons, PC (“HOS”) utilice o revelar mi información de salud protegida a cualquier persona y/o organización con el fin de llevar a cabo un tratamiento, obtener un pago ó para operaciones determinadas de atención médica. La información de salud protegida utilizada ó revelada por HOS puede incluir información relacionada con HIV/AIDS, información psiquiátrica y otra información de salud mental y tratamiento de drogas y alcohol, siempre que dicha información se use ó revelada de acuerdo con la ley federal y de Connecticut, que puede requerir obtener una autorización específica. Entiendo que la información sobre cómo HOS utilizará y revelar mi información se puede encontrar en la Notificación de Prácticas de Privacidad de HOS. Entiendo que esta autorización es efectiva mientras HOS mantenga mi información de salud protegida.

Hartford Orthopedic Surgeons, PC cumple con las leyes Federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ó sexo.

Hartford Orthopedic Surgeons, PC y sus afiliados brindan igualdad de acceso a todas las personas, incluidas las que tienen un dominio limitado del Inglés (LEP), las personas sordas, con problemas de audición, discapacidades visuales ó que tienen otras necesidades especiales de comunicación.

Al firmar a continuación, entiendo y acepto lo siguiente;

He leído y entiendo esta autorización; y me han ofrecido el aviso de prácticas de privacidad de HOS actualmente en efecto.

Imprimir Nombre del Representante Individual ó Personal

Firma del Representante Individual ó Personal

Fecha

Si está firmado por el representante del individuo, describa la autoridad legal del representante para actuar en nombre del individuo: _____

Autorizo a la siguiente persona(s) a tener acceso a mis records de salud: _____

No se puede obtener la autorización escrita y reconocimiento porque:

____ El individuo no quiere aceptar

____ Emergencia situación de tratamiento

____ Individual puede no ser capaz de firmar por incompetencia ó por otra razón médica

____ Otros