

## CONSENT & ACKNOWLEDGMENT FORM

I consent to the use or disclosure of my protected health information by Interventional Spine & Sports Medicine, PC ("ISSM") 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 ISSM 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 ISSM will use and disclose my information can be found in ISSM's Notice of Privacy Practices. I understand that this consent is effective for as long as ISSM maintains my protected health information.

Interventional Spine & Sports Medicine, PC complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex.

Interventional Spine & Sports Medicine, 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 ISSM'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 Interventioanal Spine & Sports Medicine, PC ("ISSM") 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 ISSM 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 ISSM utilizará y revelar mi información se puede encontrar en la Notificación de Prácticas de Privacidad de ISSM. Entiendo que esta autorización es efectiva mientras ISSM mantenga mi información de salud protegida.

Interventional Spine & Sports Medicine, PC cumple con las leyes Federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ó sexo.

Interventional Spine & Sports Medicine, 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 ISSM 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