

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

(Divulgación de Información conforme a HIPAA)

Entidad Legal:

Moore Consulting Holdings, LLC

d/b/a Progress Counseling Group (“PCG”)

213 South Dillard Street, Suite 120B

Winter Garden, FL 34787

Teléfono: (877) 885-5850

Fecha de Vigencia: 17 de enero de 2026

1. PROPÓSITO DE ESTA AUTORIZACIÓN

Esta Autorización permite a Progress Counseling Group **usar y/o divulgar su Información de Salud Protegida (PHI)** a la(s) persona(s) u organización(es) identificadas a continuación, según lo permitido por la **Ley de**

Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

Esta Autorización es **voluntaria** y **no es una condición para recibir tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios**, salvo cuando la ley lo permita.

2. DERECHO A REVOCAR

Entiendo que:

- Puedo revocar esta Autorización **en cualquier momento** mediante la presentación de una solicitud por escrito a PCG
- La revocación no se aplicará a la información ya divulgada antes de que se reciba la revocación
- La revocación puede estar limitada si esta Autorización fue requerida para fines de seguro o legales

3. AVISO DE REDIVULGACIÓN

Entiendo que la información divulgada conforme a esta Autorización **puede dejar de estar protegida por HIPAA** una vez que sea recibida por el destinatario autorizado, según la ley aplicable.

4. NO CONDICIONAMIENTO DEL TRATAMIENTO

Entiendo que:

- Mi decisión de firmar o no firmar esta Autorización **no afectará mi capacidad para recibir tratamiento**, salvo cuando la ley lo permita
- Tengo derecho a recibir una **copia de esta Autorización firmada**

5. MENORES Y REPRESENTANTES LEGALES (SI APLICA)

Si el cliente es un menor de edad o un adulto legalmente incapacitado:

- Certifico que soy el **padre, madre, tutor legal o representante legalmente autorizado**
- Entiendo que ciertos registros pueden estar restringidos conforme a la ley estatal
- Tengo la autoridad para firmar esta Autorización en nombre del cliente

6. RECONOCIMIENTO Y FIRMA

Al firmar a continuación, reconozco que:

- He leído y entiendo esta Autorización
- Mis preguntas han sido respondidas
- Autorizo voluntariamente el uso y la divulgación de mi Información de Salud Protegida conforme a lo descrito anteriormente