



---

## NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de salud de 1996 (“HIPAA”), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información medica protegida. Entiendo que esta información puede y será usada para:

- ❖ Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguir entre los múltiples proveedores de atención medica que pueden estar involucrados en el tratamiento directa e indirectamente.
- ❖ Obtener el Pago de terceros.
- ❖ Llevar a cabo operaciones normales de atención medica, como evaluaciones de calidad y certificaciones medicas.

Reconozco que he recibido su Aviso de Practicas de Privacidad que contiene una descripción mas complete de los usos y reevaluaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Notificación de privacidad de vez en cuando y que puede contractar esta organización en cualquier momento en la dirección arriba para obtener una copia actual de la Notificación de Practicas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restinga como se usa divulga mi información privada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención medica. También entiendo que usted no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas pero si usted está de acuerdo, entonces usted está obligado a cumplir con dichas restricciones.

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_

Relacion Al Paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

---

### SOLO USO DE OFICINA

Intenté obtener la firma del paciente en reconocimiento en este Aviso de Practicas de privacidad, pero no pude hacerlo como se documenta a continuación:

**Fecha:**

**Iniciales:**

**Razon :**