

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

LOUDOUN PHYSICAL THERAPY
525-B EAST MARKET STREET, LEESBURG, VA 20176
44125 WOODRIDGE PARKWAY, SUITE 280, LANSDOWNE, VA 20176

Entiendo que, bajo el Health Insurance Portability & Accountability Act de 1996 ("HIPAA"), tienen ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será usado para:

- Dirigir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los varios proveedores de salud que pueden estar involucrados en ese tratamiento, directa e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Realizar operaciones de atención médica normales, como las evaluaciones de calidad y Certificaciones de médico.

He recibido, leído y comprendido el aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho a cambiar su aviso de privacidad Prácticas de vez en cuando y que me permito contacto con esta organización en cualquier momento a la dirección de arriba para obtener una copia actual de la notificación de prácticas privadas.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que limite el uso de mi información privada a revelar para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica.

También entiendo no es obligados a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo, a continuación, usted está obligado a acatar esas restricciones.

Patient Name: _____

Relación con el paciente: _____

Signature: _____

Date: _____

Las siguientes pueden tener acceso a mis registros médicos:

Nombre

Relación

Número de teléfono

Nombre

Relación

Número de teléfono