

RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nuestra política de "Aviso de Prácticas de Privacidad", disponible en la recepción y también en línea en nuestro sitio web, proporciona información detallada sobre cómo podemos usar y revelar información médica protegida sobre usted. Los detalles de esta política se ajustan plenamente a todas las disposiciones, incluidas las actualizadas más recientemente, de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico aprobada en 1996 (HIPPA). Nuestra "Notificación de Prácticas de Privacidad" establece que nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestra política. En caso de que esto ocurra, mostraremos y pondremos a disposición la nueva política y su fecha prevista de aplicación. Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre la forma en que su información médica protegida puede ser utilizada o revelada para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención de la salud. No estamos obligados a estar de acuerdo con sus restricciones; sin embargo, si lo hacemos, estamos obligados por nuestro acuerdo con usted.

Al firmar a continuación, Yo reconozco el recibo de la "Notificación de Prácticas de Privacidad" y doy mi consentimiento para que ustedes usen y revelen información médica protegida sobre mí para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Yo tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando la práctica ya ha hecho revelaciones en confianza sobre mi consentimiento previo.

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE:

FIRMA DEL PACIENTE/CUIDADOR: _____

FECHA: _____ HORA: _____

NOTE: Printed copies of this document are uncontrolled. In the case of a conflict between printed and electronic versions of this document, the controlled version published online prevails.