

RECONOCIMIENTO DE AVISOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que, bajo la Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad de 1996 ("HIPAA "), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y se utilizará para :

- Llevar a cabo, planificar y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de salud que puede participar en el tratamiento que directa o indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores
- Llevar a cabo operaciones de atención médica normal, tales como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas

Reconozco que he recibido su Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactar a esta organización en cualquier momento a la dirección anterior para obtener una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que se restringe cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También entiendo que no están obligados a aceptar mi solicitud de restricciones, pero si no está de acuerdo, entonces están obligados a cumplir con tales restricciones.

Nombre de Paciente _____

Relación con el Paciente _____

Firma _____ Fecha _____

Lista debajo de cualquier persona que pueda recibir información HIPAA en este paciente.

Nombre _____ Relación _____ Cuenta de Tratamiento info

Nombre _____ Relación _____ Cuenta de Tratamiento info

Nombre _____ Relación _____ Cuenta de Tratamiento info

USO SOLAMENTE DE OFICINA Traté de obtener la firma del paciente en reconocimiento de este Aviso de Prácticas de Privacidad Acuse de recibo, pero era incapaz de hacerlo como se documenta a continuación:

Fecha	Iniciales	Motivo