



Notificación de Prácticas de Privacidad. Reconocimiento del Paciente

Nombre de Paciente _____ Fecha de nacimiento _____

He recibido el aviso de prácticas de privacidad de esta práctica escrito en lenguaje sencillo. El aviso provee en detalle los usos y revelaciones de mi información de salud protegida que puede ser hecha por esta práctica, mis derechos individuales y los deberes legales de la práctica con respecto a mi información de salud protegida. El Aviso incluye:

- Una declaración de que esta práctica es requerida por la ley para mantener la privacidad de la información de salud protegida
- Una declaración de que esta práctica está obligada a cumplir con los términos de aviso vigentes.
- Tipos de usos y revelaciones que esta práctica se permite hacer para cada uno de los siguientes propósitos: tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- Una descripción de cada uno de los otros propósitos para los cuales esta práctica está permitida o requerida para usar o revelar información de salud protegida sin mi consentimiento o autorización por escrito.
- Una descripción de usos divulgados que están prohibidos o están materialmente limitados por la ley.
- Una descripción para otros usos y divulgaciones que serán hechas solamente con mi autorización por escrito y que puedo revocar tal autorización.
- Mi derecho individual con respecto a la información médica protegida y una breve descripción de cómo puedo ejercer estos derechos en relación a:
 - El derecho a quejarse a esta práctica y al secretario de HHS si creo que se han violado mis derechos de privacidad y que no se usarán represalias contra mí en caso de queja.
 - El derecho de solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de mi información médica protegida, y que esta práctica no está obligada a estar de acuerdo o en desacuerdo con una restricción solicitada
 - El derecho a recibir comunicaciones confidenciales de información médica protegida.
 - El derecho a inspeccionar y copiar la información médica protegida.
 - El derecho a modificar la información sanitaria protegida.
 - El derecho a recibir una contabilidad de las revelaciones de información de salud protegida.
 - El derecho de obtener una copia en papel a la Noticy of Privacy Practices a partir de esta práctica a petición.

Esta práctica se reserva el derecho de cambiar los términos de la Notificación de Prácticas de Privacidad y de hacer nuevas disposiciones efectivas para toda la información de salud protegida que mantiene. Entiendo que puedo obtener el actual Aviso de Prácticas de Privacidad de estas prácticas si pido.

Firma: _____

Fecha: _____

Relación con el paciente (si firmado por un representante personal): _____