



Noticia de Reconocimiento de las prácticas de Privacidad

Entiendo que bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA) tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a la protección de mi información de salud. Entiendo que tengo ciertos derechos a privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que la información es y será usada para:

- Gestión, plan y dirección de mi tratamiento y seguimiento entre los proveedores de salud que puedan estar involucrados en el tratamiento directa o indirectamente.
- Obtener pagos de terceros.
- Conducir operaciones de salud normales tal como certificaciones médicas y evaluaciones de calidad.

Reconozco que he recibido su Noticia de Reconocimiento de las prácticas de Privacidad que contienen una descripción completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Noticia de Reconocimiento de las prácticas de Privacidad de vez en cuando y yo puedo contactar esta organización en cualquier momento para obtener una copia actual de su Noticia de Reconocimiento de las prácticas de Privacidad. Entiendo que, a partir del 1 de enero, 2011 cualquier pedido de información de un tercero será cargado \$25 por las primeras 10 páginas y \$0.50/por hoja en adelante.

Entiendo que yo puedo pedir en escrito que la compañía restrinja como mi información privada es usada o divulgada para continuar tratamiento, pago u operaciones de salud. También entiendo que la compañía no está requerida a aceptar estas restricciones.

Nombre del paciente: _____

Relación con el paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

.....
Solo para uso de la oficina:

Traté de obtener la firma del paciente en relación a nuestra Noticia de Reconocimiento de las prácticas de Privacidad, pero no fui capaz por las siguientes razones:

Fecha: _____

Empleado: _____

Razón: _____