

RECONOCIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS PRIVADAS

Entiendo que, bajo mi Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad en relación con mi información protegida de salud. Entiendo que esta información puede y será usada para:

- Conducir, planear y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre el múltiple personal de salud que pueda estar involucrado en ese tratamiento directa o indirectamente.
- Obtener el pago de terceros.
- Llevar a cabo operaciones de asistencia sanitaria tales como evaluación de calidad y certificaciones físicas.

He recibido, leído y entendido su *Notificación de Prácticas Privadas* que contienen una más completa descripción de los usos y revelaciones legales de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su *Notificación de Prácticas Privadas* de vez en cuando y que puedo contactar a la organización en cualquier momento en la dirección arriba mencionada para obtener una copia actual de dicha *Notificación de Prácticas Privadas*.

Entiendo que puedo requerir por escrito que ustedes restrinjan el cómo es usada o revelada mi información privada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de asistencia sanitaria. También entiendo que no se les requiere que estén de acuerdo con mis restricciones requeridas, pero si están de acuerdo entonces están obligados a acatar dichas restricciones.

Nombre del Paciente: _____

Relación con el Paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

PARA USO OFICIAL

Intenté obtener la firma del paciente como acuse de recibo de este Reconocimiento de Notificación de Prácticas Privadas, pero no pude conseguirlo como se documenta a continuación:

Fecha: _____

Iniciales: _____

Razón:

