



Notificación de Acuse de Recibo de Privacidad

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información protegida de salud. Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar este formulario. Tal como se establece en nuestro aviso, los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia revisada de escribir práctica o solicitar una copia de nuestro personal de recepción.

Usted tiene el derecho de pedir que limitemos la información de salud protegida sobre la forma en que se usen o produzcan en el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a acceder a esta restricción, pero si lo hacemos, estamos obligados por nuestro acuerdo.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento a nuestro uso y divulgación de información de salud protegida sobre usted para operaciones de tratamiento, pago o atención médica como se describe en el aviso. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, excepto si ya hemos hecho lanzamientos en dependencia de su consentimiento previo.

Firma del paciente _____

Fecha _____

Testigo _____