



**Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad**

Mi firma confirma que se me han informado mis derechos de privacidad concernientes a mi información de salud protegida, bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad en los Seguros de Salud (HIPAA) de 1996. Entiendo que la información puede y será utilizada para:

- Proporcionar y coordinar mi tratamiento entre un número de proveedores de salud que puedan participar en el tratamiento de forma directa e indirecta.
- Obtener el pago de terceros pagadores por mis servicios de cuidado de la salud

Se me ha informado acerca del Aviso de Prácticas de Privacidad de mi proveedor que contienen una descripción más completa de la divulgación de mi información de salud protegida. Se me ha otorgado el derecho a revisar y recibir una copia de dicho Aviso de Prácticas de Privacidad Entiendo que mi proveedor tiene el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad y que yo puedo comunicarme con la oficina para obtener el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que se restrinja la forma en que se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo el tratamiento, el pago de procedimientos de atención médica, y entiendo que ustedes no están obligados a aceptar mi solicitud de restricción, pero si están de acuerdo, entonces estarán obligados a cumplir con tales restricciones.

He leído y entiendo la información antes expuesta. (Escriba sus iniciales) \_\_\_\_\_

**Autorización para divulgar información a terceros**

Muchos de nuestros pacientes permiten a los miembros de la familia u otras personas cercanas a ellos llamar y solicitar información sobre su condición y/o tratamiento. Las normativas de HIPAA no nos permiten divulgar dicha información sin el consentimiento del paciente. Si usted desea que su condición y/o tratamiento se divulgue a otra persona, indíquelo a continuación. Usted tiene el derecho de anular este consentimiento por escrito, excepto en los casos en que ya hayamos hecho divulgaciones de acuerdo con su consentimiento anterior

No, no pueden divulgar mi información a otra persona que no sea yo. \_\_\_\_\_

Sí, pueden divulgar mi información a las personas que se relacionan a continuación. \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Proporcione números telefónicos donde podamos comunicarnos con usted o dejarle un mensaje concerniente a resultados de laboratorio, recordatorios de citas, cambios a citas programadas e información de facturación.

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

**Directiva anticipada / Testamento en vida**

¿Tiene una directiva anticipada o testamento en vida? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si no es así, ¿está interesado/a en recibir información relacionada? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del paciente (en letra de molde)

Relación con el paciente (en letra de molde)

Fecha en que fue firmado

Firma de la paciente o tutor