

Comprendo que, en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996, "HIPAA", tengo determinados derechos a la privacidad relativos a mi información de salud protegida. Comprendo que esta información puede y será usada para:

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los diferentes proveedores de atención de salud que pueden estar implicados en ese tratamiento en forma directa o indirecta.
- Obtener el pago de mi pagador designado.
- Conducir las operaciones de atención de salud normales, como evaluaciones de control de calidad y certificaciones del médico.

He recibido, leído y comprendo su *Notificación de Prácticas de Privacidad* que contienen una descripción más completa de los usos y las divulgaciones de mi información de salud. Comprendo que esta organización tiene el derecho de modificar su *Notificación de Prácticas de Privacidad* de manera eventual y puede comunicarme con esta organización en cualquier momento a la dirección antes indicada para obtener una copia actual de la *Notificación de Prácticas de Privacidad*.

Comprendo puedo solicitar por escrito que limite la forma de usar y divulgar mi información privada para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención de salud. Asimismo, comprendo que no es necesario que esté de acuerdo con mis restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo, entonces debe cumplir y sujetarse a dichas restricciones.

Nombre del paciente:

Relación con paciente:

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

SOLO USO INTERNO

\_\_\_\_\_  
**OFFICE USE ONLY**  
\_\_\_\_\_

Intenté obtener la firma del paciente como acuse de recibo de esta notificación de Aceptación de las Prácticas de Privacidad, pero no pude hacer esto, conforme se documenta a continuación.

Fecha:	Iniciales:	Razón:
--------	------------	--------