

## **Reconocimiento de Aviso sobre Política de Privacidad**

Entiendo que, en virtud de "Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996" ("HIPPA"), tengo ciertos derechos a privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y el seguimiento a los múltiples proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en el tratamiento directa e indirectamente.
- Obtener el pago de los contribuyentes terceros.
- Llevar a cabo las operaciones normales atención medica, tales como las evaluaciones de calidad y certificaciones dentales.

Yo reconozco que he recibido el *Aviso sobre Política de Privacidad* que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información médica. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su *Aviso sobre Política de Privacidad* de vez en cuando y que puedo comunicarme con esta organización en cualquier momento a la dirección antes mencionada para obtener una copia actualizada del *Aviso sobre Política de Privacidad*.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo mi información privada es usada o revelada para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También entiendo que \_\_\_\_\_ no está en la obligación de acceder a mi solicitud de restricciones, pero si está de acuerdo entonces están obligados a cumplir con tales restricciones.

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_

Relación con Paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

---

### **OFFICE USE ONLY**

Traté de obtener la firma del paciente en el *Reconocimiento de Aviso sobre Política de Privacidad*, pero no pudo hacerlo como se documenta a continuación:

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