

GENERAL SURGERY ASSOCIATES

AVISO DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

En nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad se da información acerca de cómo pudíeramos usar y dar a conocer la información protegida sobre su salud (PHI, por sus siglas en inglés). En la Notificación está la sección llamada "Derechos del paciente" en que se describen cuáles son los derechos que le da a usted la ley. Usted tiene el derecho de examinar nuestra Notificación antes de firmar este aviso de recibo. Los términos de nuestra Notificación podrán cambiarse; si cambiamos nuestra notificación, puede pedir la copia con los cambios comunicándose con nuestro consultorio, o usted recibirá la notificación nueva la próxima vez que se atienda en nuestro consultorio.

Usted tiene el derecho de pedir que restrinjamos la forma en que usamos la información protegida sobre su salud para los tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. No tenemos que estar de acuerdo con esta restricción, si su petición no se puede cumplir o si impide nuestra capacidad de proporcionar el tratamiento que usted necesita, aunque si llegamos a aceptar su petición, nosotros cumpliremos con lo aceptado.

El consultorio le entrega este formulario en cumplimiento con la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés).

El paciente comprende lo siguiente:

- Que en el consultorio está la Notificación de Prácticas de Privacidad y que el paciente tiene la oportunidad de examinar esta notificación.
- Que la información protegida sobre la salud se puede dar a conocer o usar para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.
- Que el consultorio se reserva el derecho de cambiar la notificación de prácticas de privacidad.

Recibí la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Nombre del paciente o representante, en letra de molde

Firma

Fecha

Relación o parentesco con el paciente (si la persona no es el paciente)

Marque aquí, si el paciente se negó a llevarse una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad

Señale el motivo por el cual se negó, si se conoce:

Testigo _____

Nombre, en letra de molde - Representante del consultorio

Testigo _____

Firma _____

Fecha _____