



**CONFIRMACION DE RECIBO DEL AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Usted tiene el derecho de no firmar esta confirmacion

Yo entiendo que bajo el Health Insurance Portability & Accountability Act del 1996 (Hippa), tengo ciertos derechos de privacidad en lo que se refiere a la proteccion de informacion relacionada a mi salud. Yo entiendo que esta informacion puede ser utilizada para:

- 1) Planificar y dirigir tratamiento, al igual para facilitar la comunicacion entre proveedores multiples cuyo involucramiento en mi area de tratamiento sea directo e indirecto.
- 2) Obtener pago de pagadores de tercero.
- 3) Conducir operaciones de su cuidado de salud, como por ejemplo asesorias de calidad y certificados medicos.

Yo he recibido, leído y entiendo su Aviso de Derechos de Privacidad, el cual contiene una descripcion mas complete de los usos y el acceso a mi informacion de salud. Tambien entiendo que esta organizacion tiene el derecho a cambiar su Aviso de Derechos de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactar a esta organizacion cuando desee para obtener una copia actualizada de su Aviso de Derechos de Privacidad.

Yo entiendo que puedo solicitar por escrito que ustedes restrinjan, el uso de o el acceso a, mi informacion privada para tratamiento, pago u operacion de mi cuidado de salud. Tambien entiendo que ustedes no estan en obligacion de acudir a mi solicitud a dicha restriccion, pero que si estan de acuerdo, que entonces deben respetar dichas restricciones.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Relacion al Paciente : \_\_\_\_\_

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

**SOLICITUD PARA COMUNICACION CONFIDENCIAL**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

\*Comunicacion por escrito: Direccion: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si esta direccion no es la direccion donde vive, favor de proveernos una direccion donde podriamos comunicarnos con usted para propositos de pago.

\*Comunicacion Oral: Casa \_\_\_\_\_

(favor de completar todo Trabajo \_\_\_\_\_

Los #'s que apliquen ) Celular \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_

Podemos dejarle un mensaje para recordarle que debe ser pre-medicada(o) ? SI \_\_\_ NO \_\_\_

Podemos dejarle un mensaje recordandole su cita ? SI \_\_\_ NO \_\_\_

\*\*\*\*\* Office Use Only \*\*\*\*\*

Yo intente obtener la firma del paciente para la confirmacion del recibo de sus **Derechos de Privacidad** pero no fue possible. Favor de ver abajo.

Fecha: \_\_\_\_\_ Razon \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_