



ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que como parte de mi cuidado de la salud, esta organización origina y mantiene registros médicos que describen mi historial médico, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan para el cuidado o tratamiento futuros. Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planear mi atención y tratamiento.
- Un medio de comunicación entre los profesionales de salud que contribuyen a mi atención.
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta.
- Un medio por el cual un pagador externo puede verificar que los servicios facturados fueron realmente proporcionados.
- Una herramienta para operaciones de atención médica de rutina, como evaluación de la calidad y revisión de la competencia de los profesionales de la salud.

Entiendo, y se me ha proporcionado un Aviso Abreviado de Prácticas de Privacidad que proporciona una descripción más completa de los usos y revelaciones de información. Entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso antes de firmar este acuse de recibo. Entiendo que el hospital se reserva el derecho de cambiar su aviso y sus prácticas, y antes de su implementación enviará por correo una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado. Entiendo que tengo el derecho de oponerme al uso de mi información médica para fines de directorio. Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a cómo puede ser utilizada o revelada mi información médica para tratamiento, pago u operaciones de atención médica y que el hospital no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo añadir o revocar estas restricciones por escrito en cualquier momento, salvo en la medida que el hospital ya haya procedido.

Firma del paciente o representante

Testigo

Relación con el paciente

Fecha

1388-B MR 1PRIV REVISED ON: 09/25/2013

* 1 PRIV *