

# NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SA INFORMACIÓN MÉDICA / DE SALUD ESTA PROTEGIDA Y COMO PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

## RESUMEN:

Por ley estamos obligados a ofrecerle nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP). Este aviso describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada por nosotros. También le explica cómo puede obtener acceso a esta información.

Como paciente, usted tiene los siguientes derechos:

1. El derecho a inspeccionar y copiar su información;
2. El derecho a solicitar correcciones de su información;
3. El derecho a solicitar que su información sea restringido;
4. El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales;
5. El derecho a informar de las divulgaciones de su información, y
6. El derecho a una copia en papel de este aviso

Queremos asegurarle que su información médica / esta protegida es segura con nosotros. El Aviso de Prácticas de Privacidad contiene información acerca de cómo vamos a asegurar que su información permanezca privada.

A noté todos los números de teléfono donde podamos comunicarnos con usted:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

INDIQUE LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS (por ejemplo, cónyuge, padres, abuelos, etc ...) Que usted autoriza PARA DIVULGAR SU INFORMACIÓN incluyendo las copias de sus registros SI ES NECESARIO:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

## Reconocimiento recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Yo declaro que he revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad. Además, entiendo que la práctica me ofrecerá notificaciones acerca de los Aviso de Prácticas de Privacidad. ¿Debe ser enmendada, modificada o alterada de alguna manera voy a recibir una copia.

\_\_\_\_\_  
Nombre Del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente/Padre/Tutor

### FOR OFFICE USE ONLY

Patient refused to sign

Patient was unable to sign because: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_