

## ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE

Entiendo que bajo la Ley de Transportabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), tengo ciertos derechos a la privacidad en lo que se refiere a la información protegida de mi salud. Entiendo que esta información puede usarse y se usará para:

- Coordinar, planear y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los diferentes proveedores de atención médica que pudieran estar involucrados en ese tratamiento de manera directa e indirecta.
- Obtener pago de parte de los terceros pagadores.
- Coordinar operaciones normales para la atención médica tales como evaluaciones de calidad y certificaciones de los doctores.

Me informaron acerca de su **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD** que contiene una descripción más completa de los usos y las divulgaciones de mi información de salud. Antes de firmar este consentimiento, se me dio la oportunidad de revisar el **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD** de cuando en cuando y que puedo comunicarme con esta organización en cualquier momento en la dirección que aparece a continuación para obtener una copia actualizada del **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinjan la manera en que se usa o se divulga mi información privada para hacer el pago de un tratamiento u operaciones de atención médica. También entiendo que no se requiere que ustedes acepten las restricciones que solicite, pero que si las aceptan, están obligados a acatar dichas restricciones.

Entiendo que en cualquier momento puedo revocar este acuse de recibo por escrito, excepto hasta el punto en que ya hayan procedido basándose en este acuse de recibo.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

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

Representante autorizado: \_\_\_\_\_

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