

# Acuse de Recibo de la Notificación sobre Prácticas de Confidencialidad y Consentimiento de HIPAA

Nuestro aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo estamos utilizando y divulgando información de salud protegida sobre usted. El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia al comunicarse con nuestra oficina.

Tiene derecho a solicitar que seamos estrictos sobre cómo se utiliza o divulga la información médica protegida sobre usted para tratamiento, pagos y operaciones de atención médica. No estamos obligados a cumplir con estas restricciones, pero si lo hacemos, cumpliremos con el acuerdo.

Al firmar este formulario, usted da consentimiento y acepta nuestro uso de divulgación de información médica protegida sobre usted para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Tiene derecho a revocar este consentimiento, por escrito, y firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectaría ninguna divulgación que ya hayamos hecho en virtud del consentimiento previo. La práctica proporciona este formulario para cumplir con la ley de Portabilidad y Responsabilidad del seguro médico de 1996 (HIPAA).

## El paciente entiende que:

- La información de salud protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- La práctica tiene un aviso de práctica de privacidad que el paciente tiene la oportunidad de revisar este aviso.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar el aviso de privacidad.
- El paciente tiene el derecho a restringir el uso de su información, pero la práctica no tiene que aceptar o estar de acuerdo con las restricciones.
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras cesarán.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento tras la ejecución de este consentimiento.

Yo, \_\_\_\_\_, recibí una copia de la Notificación de Prácticas de Confidencialidad.  
Nombre en Letra de Imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha