

Ivy Pediatrics, PA

Reconocimiento de la recepción del aviso de prácticas de privacidad

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés), requiere que le notifiquemos nuestras prácticas de privacidad y que reconozcamos su recepción del aviso.

El Aviso de Prácticas de Privacidad explica cómo su información de salud puede ser utilizada o divulgada por nosotros. Además, explica sus derechos con respecto a su información médica protegida, así como nuestras responsabilidades legales. Puede ver las Prácticas de privacidad de una de tres maneras: podemos enviarle una copia por correo electrónico, puede verla en nuestro sitio web o puede solicitar una copia en papel.

Se me ha proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad en formato electrónico o en papel.

Nombre del paciente o guardián

Firma del paciente o guardián

Nombre del paciente (niño)

Nombre del paciente (niño)

Nombre del paciente (niño)

Nombre del paciente (niño)

Por favor, escriba los nombres de otras personas a quienes quisiera dar permiso para compartir su información de salud (estos pueden incluir miembros familiares u otros individuos/entidades)

¿Podemos dejarle información detallada en su buzón de voz? ___ Sí ___ No

¿Podemos dejarle información detallada en su teléfono celular? ___ Sí ___ No

¿Podemos dejarle información detallada en el buzón de voz de su trabajo? ___ Sí ___ No

Fecha