



Acuse de recibo de notificación y aprobación de prácticas de privacidad

Yo, _____, por el presente acepto que he recibido la correspondiente notificación de prácticas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Asimismo, acepto y apruebo el uso y la divulgación de mi información de salud protegida (protected health information, PHI) según se describe en la Notificación de prácticas de privacidad de la HIPAA.

Fecha: _____, 20_____

Firma del paciente o representante

Autorización para contactar al paciente

Yo, _____ (escriba su nombre en letra de imprenta) autorizo a (escriba el nombre del consultorio), o a cualquiera de sus miembros, a dejar mensajes relacionados con mi información médica en el/los siguiente/s teléfono/s:

Casa: () _____

Celular: () _____

Autorizo a (escriba el nombre del consultorio), o a cualquiera de sus miembros, a hablar con las siguientes personas sobre mi situación o tratamiento médico:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Solo para uso interno:

Revisado el 3/18