



Hackensack  
Meridian Health  
Medical Group

**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