



AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Se proporciona un Aviso de Prácticas de Privacidad a todos los pacientes. Este Aviso de Prácticas de Privacidad identifica: 1) cómo se puede usar o divulgar su información médica; 2) sus derechos para acceder a su información médica, modificar su información médica, solicitar un informe de las divulgaciones de su información médica y solicitar restricciones adicionales sobre nuestros usos y divulgaciones de esa información; 3) su derecho a presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad; y 4) nuestras responsabilidades de mantener la privacidad de su información médica.

El abajo firmante certifica que ha leído lo anterior, recibió una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y es el paciente o su representante personal.

Nombre del Paciente o Representante

Fecha

Firma del Paciente o Representante

Parentesco con el Paciente

SÓLO PARA USO INTERNO

Nombre del Empleado

Firma del Empleado

Si corresponde, motivo por el que no se pudo obtener el reconocimiento por escrito del paciente:

- El paciente no fue capaz de firmar.
- El paciente se negó a firmar.
- Otro

El Centro de Cirugía Avanzada cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.