



## SOBRE NUESTRA NOTICIA DE PRATICAS DE PRIVACIDAD

Estamos comprometidos de proteger su información personal de salud en cumplimiento con la ley. La Noticia de Practicas de Privacidad aplicada aquí le hace saber:

- Nuestras obligaciones bajo la ley con respecto a la información personal de salud.
- Como podemos usar y divulgar su información que tenemos aquí.
- Sus derechos sobre su información personal de su salud.
- Nuestros derechos de hacer cambios a la Noticia de Practicas de Privacidad.
- Como poner una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados.
- Las condiciones que aplican a los usos y divulgaciones no descritos en esta Noticia
- A quien contactar para más información sobre nuestras practicas de privacidad.

Por ley, es necesario que le demos una copia de esta noticia y obtener su firma confirmando que usted ha recibido una copia esta noticia.

### Confirmación de Recibido del Paciente

Yo, \_\_\_\_\_, por este medio confirmo que he recibido una copia de la Noticia de Practicas de Privacidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Representante del Paciente (si aplica)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Descripción de Autoridad legal de actuar en Nombre del Paciente



## ABOUT OUR NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

We are committed to protecting your personal health information in compliance with the law. The attached Notice of Privacy Practices states:

- Our obligations under the law with respect to your personal health information.
- How we may use and disclose the health information that we keep about you.
- Your rights relating to your personal health information.
- Our rights to change our Notice of Privacy Practices.
- How to file a complaint if you believe your privacy rights have been violated.
- The conditions that apply to uses and disclosures not described in this Notice.
- The person to contact for further information about our Privacy Practices.

We are required by law to give you a copy of this notice and to obtain your written acknowledgement that you have received a copy of this notice.

### Patient Acknowledgement of Receipt

I, \_\_\_\_\_, hereby acknowledge that I have received a copy of the Notice of Privacy Practices.

\_\_\_\_\_  
Patient Signature

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent or Patient's Representative (if applicable)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Description of Legal Authority to Act on Behalf of Patient