



FORMA DE RECONOCIMIENTO DE (HIPPA) DEL PACIENTE

Nuestro Aviso sobre Prácticas de Privacidad, provee información acerca de los derechos de privacidad de nuestros pacientes; y de cómo podemos usar o dar a conocer información de salud protegida (PHI, por sus siglas en Inglés) acerca de nuestros pacientes. Las regulaciones Federales requieren que les demos a nuestros pacientes o a sus representantes autorizados, la oportunidad de rever nuestro Aviso antes de firmar este reconocimiento. En nuestra oficina, tenemos a la vista un sumario de una página de nuestro Aviso. A su pedido, se le hará disponible una copia de nuestro Aviso.

Al firmar esta forma, usted solamente reconoce que le hemos proveído un acceso inmediato a nuestro Aviso sobre Prácticas de Privacidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representate Autorizado Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente en imprenta Nombre del Representante Autorizado en imprenta