



### Conocimiento de las Políticas de Privacidad

Yo entiendo que bajo la Regla de seguridad de Salud, Manejo y Confiabilidad de 1996. Mejor conocida por las siglas (HIPAA), yo tengo ciertos derechos de privacidad en relación con mi información de salud. Yo también entiendo que esta información puede y será usada para:

- Prevenir, planear y dirigir mi tratamiento y darle seguimiento junto con los múltiples proveedores de servicio médico que probablemente estarán relacionados directa e indirectamente con mi tratamiento
- Obtener pagos de terceras personas como seguros.
- Conducir operaciones normales del cuidado de la salud, como serían diagnósticos correctos y certificaciones de doctores.

Yo me doy por enterado que recibí copia de las Prácticas y Políticas de Privacidad de la Clínica Mountain Health & Community Services Inc, conteniendo una descripción más completa de los usos que se le van a dar a mi información, I apruebo el uso de mi información privada de salud (PHI) para tratamientos, pagos y demás relacionado con el cuidado de la salud.

Yo entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar sus prácticas privadas de vez en cuando y necesito comunicarme con ellos en cualquier momento para obtener la copia más actualizada de la información de dichas prácticas privadas.

Yo entiendo que pudiera pedir por escrito, de como se maneja mi información privada para informar, seguir tratamientos, pagos, y procedimientos de salud. También entiendo que pueden no estar de acuerdo con las peticiones que yo requiera, pero si están de acuerdo deberán apegarse a dichos requerimientos.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

***\*\*Por favor dejar saber a la recepcionista si le gustaria una copia de la polisa de HIPPA que define las practicas de privacidad de nuestra organización\*\****

**FOR OFFICE USE ONLY:**

I attempted to obtain the patient's signature regarding MHCS Notice of Privacy Practices Acknowledgement, but was unable to do so as documents below:

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Staff Member Signature

Reason: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_