

## AVISO DEL RECONOCIMIENTO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

### ADVANCE CARE PODIATRY

3046 KNIGHTS RD  
BENSALEM, PA 19020

Tel: (215)-639-4500 Fax: (215)-604-0355



Yo entiendo que bajo el Acto de 1996 (HIPAA) de la portabilidad y contabilidad de seguro medico tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi informacion medica. Entiendo que esta informacion puede e sera utilizado para:

1. Planificar y dirigir mi tratamiento y visitas entre los multiples proveedores de atencion medica que pueden estar implicados en el tratamiento directo o indirectamente.
2. Obtener el pago del contribuyente de tercero.
3. La conduccion de operaciones normales de salud medica como certificados medicos y asesoramientos de calidad.

He recibido, leído, y entiendo el Aviso de Practicas de Privacidad que contiene una descripcion mas completa de los usos y divulgaciones de la informacion de mi salud. Entiendo que esta organizacion tiene derecho a cambiar su Aviso de Practicas de Privacidad de vez en cuando y que puede comunicarse con esta organizacion en cualquier momento a la direccion y el numero de telefono para obtener una copia actualizada de Aviso de Practicas de Privacidad.

Yo entiendo que puedo solicitar por escrito y restringir como mi informacion privada es usada o revelada para llevar a cabo tratamiento, pago e operaciones del cuidado de su salud. Tambien entiendo que ustedes no estan obligados a acceder a mi solicitud de restriccion, pero si usted esta de acuerdo, estara obligado a respetar estas restricciones.

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

Relacion del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

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