

NOTIFICACION DE RECONOCIMIENTO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Sall/Myers Medical Associates, P.A.
100 Hamilton Plaza, 3rd Floor
Paterson, NJ 07505

Yo entiendo que bajo la ley de Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 ("HIPAA") yo tengo el derecho de proteger como mi información médica es utilizada. Yo entiendo que mi información médica puede ser usada solamente para lo siguiente:

- Para el manejo, plan y dirección de mi tratamiento y revision entre multiples proveedores de salud que puedan estar envueltos en este tratamiento directamente o indirectamente.
- Para obtener pago de terceras-partes, como por ejemplo Medicaid.
- Para conducir operaciones de cuidado de salud como por ejemplo, evaluaciones médicas de calidad y certificados de un doctor.

Yo he recibido, leído y entiendo la Notificación de Prácticas de Privacidad que contienen una descripción mas detallada de los usos y revelación de mi información médica. Yo entiendo que el Departamento de Salud y Servicios Humanos tiene el derecho de cambiar, de tiempo a tiempo, la Notificación de Prácticas de Privacidad, y que yo puedo contactar al Departamento de Salud y Servicios Humanos (The U.S. Department of Health & Human Services).

Yo entiendo que por escrito, yo puedo poner restricciones a como mi información médica puede ser utilizada para mi tratamiento, pago de Medicaid y manejo de cuidado de salud. Yo también entiendo que ustedes no tienen que estar de acuerdo con mi pedido de restricción, pero si lo aceptan tienen que atenerse por dicha restricción.

Nombre del Paciente _____

Relación con el Paciente _____

Firma _____

Fecha _____

OFFICE USE ONLY

Traté de obtener la firma del paciente como reconocimiento de la ley de privacidad, pero no lo pude hacer de acuerdo con la siguiente documentación:

Date:	Initials:	Reason:
-------	-----------	---------