



Recibo del Paciente de la Notificación de Privacidad (HIPAA)

Nombre del Paciente _____

Al firmar debajo, admito haber recibido una copia de la “Notificación de Privacidad (HIPAA)” del consultorio médico designado arriba. Esta notificación describe mis derechos a la privacidad de información protegida de salud (PHI por sus siglas en inglés) bajo la ley federal (HIPAA) en lo siguiente:

- Como la información (PHI) puede ser usada y divulgada,
- Derechos del paciente a privacidad con respecto a PHI,
- Obligaciones del consultorio médico concernientes al uso y divulgación de la información protegida de salud (PHI).

Firma (Paciente o Padre/Madre/Tutor) : _____

Firma (Testigo): _____ (Fecha) _____

(La forma original debe ser archivada en el archivo del paciente después de haber sido firmada)

(Una copia de este recibo debe ser proporcionada al Paciente/Padre/Madre/Tutor)