

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL/PROTECTED HEALTH INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

SUMMARY:

By law we are required to provide you with our Notice of Privacy Practices (NPP). This notice describes how your medical information may be used and disclosed by us. It also tells you how you can obtain access to this information.

As a patient you have the following rights:

1. The right to inspect and copy your information;
2. The right to request corrections to your information;
3. The right to request that your information be restricted;
4. The right to request confidential communications;
5. The right to report of disclosures of your information; and
6. The right to a paper copy of this Notice.

We want to assure you that your medical/protected health information is secure with us. This Notice of Privacy Practice contains information about how we will insure that your information remains private.

Please list all telephone numbers where we may contact you:

PLEASE LIST THE NAMES OF ALL PEOPLE (e.g. SPOUSE, PARENTS, GRANDPARENTS, ETC...) YOU AUTHORIZE US TO RELEASE YOUR HEALTH INFORMATION TO, INCLUDING COPIES OF YOUR RECORDS IF NEEDED:

Acknowledgement of Notice of Privacy Practice

I hereby acknowledge that I have reviewed this practice's Notice of Privacy Practice. I further understand that the practice will offer me updated to this Notice of Privacy Practice. Should it be amended, modified or changed in any way I will receive a copy.

Printed Name of Patient

Signature of Patient/Parent/Guardian

FOR OFFICE USE ONLY

Patient refused to sign

Patient was unable to sign because: _____

Date: _____

Signature: _____

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA / DE SALUD PROTEGIDA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

RESUMEN:

Por ley estamos obligados a ofrecerle nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP). Este aviso describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada por nosotros. También le explica cómo puede obtener acceso a esta información.

Como paciente, usted tiene los siguientes derechos:

1. El derecho a inspeccionar y copiar su información;
2. El derecho a solicitar correcciones a su información;
3. El derecho a solicitar que su información sea restringido;
4. El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales;
5. El derecho a informar de las divulgaciones de su información, y
6. El derecho a una copia en papel de este aviso

Queremos asegurarle que su información médica / de salud protegida es segura con nosotros. Este Aviso de Prácticas de Privacidad contiene información acerca de cómo vamos a asegurar que su información permanezca privada.

Anote todos los números de teléfono donde podamos comunicarnos con usted: _____

INDIQUE LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS (por ejemplo, cónyuge, padres, abuelos, etc ...) Usted autoriza PARA DIVULGAR SU INFORMACIÓN AL nuevos sistemas, incluidas las copias de sus registros SI ES NECESARIO: _____

Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Por la presente declaro que he revisado la Noticia práctica de Prácticas de Privacidad. Además, entiendo que la práctica ofrecerá Quiero ser informado a este Aviso de Prácticas de Privacidad. ¿Debe ser enmendada, modificada o alterada de alguna manera voy a recibir una copia.

Nombre De Paciente

Firma de Paciente/Padre/Tutor

FOR OFFICE USE ONLY

Patient refused to sign

Patient was unable to sign because: _____

Date: _____

Signature: _____