

Medical Record Number _____

ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT

By signing below, I acknowledge that I have been provided a copy of my physician's Notice of Privacy Practices and have therefore been advised of how health information about me may be used and disclosed by this practice, and how I may obtain access to and control this information. I also acknowledge and understand that I may request copies of separate notices explaining special privacy protections that apply to HIV/AIDS-related information, alcohol and substance abuse treatment information, mental health information, and genetic information. Finally, by signing below, I consent to the use and disclosure of my health information to treat me and arrange for my medical care, to seek and receive payment for services given to me, and for the business operations of this practice, its physicians, and staff.

Signature of Patient or Patient's Personal Representative

Print Name of Patient or Patient's Personal Representative

Description of Personal Representative's Authority

Date

If you have any questions about this notice or would like further information, please contact the office manager.

<p>For Office Use Only: If the patient does not sign this acknowledgment and consent form, record here the good faith efforts made to obtain this acknowledgment and consent.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--

Número de historial clínico _____

ACUSE DE RECIBO Y AUTORIZACIÓN

Con mi firma a continuación, reconozco que se me proporcionó una copia de este Aviso sobre prácticas de confidencialidad y por lo tanto, he sido notificado de cómo el médico de práctica privada, consignado al inicio de este aviso, podría utilizar y divulgar mi información de salud, como así también cómo yo podría obtener acceso y control a la misma. Asimismo, reconozco y entiendo que podría solicitar copias de los formularios de autorización separados sobre protecciones especiales de la confidencialidad aplicables a la información relacionada al VIH/SIDA, al tratamiento de alcoholismo y abuso de sustancia, a salud mental y a información genética. Por último, mediante mi firma a continuación, doy mi consentimiento para la utilización y divulgación de mi información de salud para atenderme y para que se disponga mi atención médica, para solicitar y recibir el pago por los servicios brindados; como así también, para las operaciones administrativas de esta práctica, sus médicos y su personal.

Firma del paciente o de su representante personal

Escriba el nombre del paciente o de su representante personal

Descripción de la autoridad del representante personal

Fecha

Si tiene alguna pregunta relacionada con este aviso o desea mayor información, comuníquese con la oficina del administrador.

<p>For Office Use Only (Para uso administrativo únicamente): If the patient does not sign this acknowledgment and consent form, record here the good faith efforts made to obtain this acknowledgment and consent.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
