

Hawthorne Pediatrics  
Formulario de Registro del Paciente  
Aviso de Privacidad (HIPAA)  
330 Lafayette Avenue, Hawthorne, NJ 07506

Yo entiendo que, bajo el Acto de Ley de 1996 de Portabilidad y Rendición de Seguro Médico (HIPAA), Yo tengo ciertos derechos a la privacidad en relación a la protección de mi información médica. Yo entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- \* Llevar a cabo, planear y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de salud que están involucrados en ese tratamiento directa o indirectamente.
- \* Obtener pago de prestadores de terceras partes.
- \* Conducir operaciones normales de cuidado de salud como evaluación de calidad y certificación del medico.

Yo reconozco que he recibido el Aviso de Practicas de Privacidad (HIPAA) conteniendo una descripción mas completa de los usos y divulgaciones de mi información médica. Yo entiendo que esta organización tiene todo el derecho de cambiar la forma del Aviso de Prácticas de Privacidad de tiempo en tiempo y que yo podria contactar esta organización en cualquier momento a la dirección especificada arriba para obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Yo entiendo que puedo hacer una solicitud por escrito para restringir la manera en que cierta información privada es usada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones del cuidado de mi salud. Yo también entiendo que usted no requiere que yo esté de acuerdo con mi solicitud de restricciones, pero si usted estuviese de acuerdo estara sujeto a acatar las restricciones.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

**Para uso de la oficina solamente**

Yo intente de obtener la firma del paciente para el reconocimiento de esta Nota de Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no fue posible hacerlo como se documentó debajo.

Firma del Personal: \_\_\_\_\_ Iniciales : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_