



## AVISO DE RECONOCIMIENTO DE HIPAA

### **NO FIRME ESTE AVISO HASTA QUE HAYA LEÍDO Y ENTENDIDO COMPLETAMENTE EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Información de Salud de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos sobre mi Información de Salud Protegida y cómo se usa. Entiendo que esta información puede y será utilizada por Matthews-Vu Medical Group y el personal para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

Entiendo que puedo consultar el Aviso de Prácticas de Privacidad para obtener una descripción más completa de estos usos y divulgaciones. Reconozco que he sido informado y leído el Aviso de Prácticas de Privacidad en su totalidad antes de firmar este consentimiento.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja la forma en que se usa y divulga mi información privada. También entiendo que la oficina de Matthews-Vu Medical Group no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas, pero si están de acuerdo, entonces están obligados a cumplir con dichas restricciones. Entiendo que si se concede esta solicitud y se restringe la información necesaria para llevar a cabo el pago del tratamiento, esta oficina ejerce su derecho a cobrar el pago de esos servicios en su totalidad antes de que se presten los servicios. También entiendo que será mi responsabilidad solicitar el reembolso de esos servicios a mi compañía de seguros.

Entiendo que Matthews-Vu Medical Group se reserva el derecho de modificar el Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo, en cualquier momento, solicitar una copia del Aviso actual.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la entidad cubierta haya tomado medidas sobre la base del consentimiento y la autorización previos. Entiendo que el consentimiento debe firmarse en persona con el Oficial de Privacidad o por escrito y enviarse por correo certificado con acuse de recibo a la atención del Oficial de Privacidad nombrado.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso