

## **AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE**

Nuestro aviso de prácticas de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar la información sobre su salud. Usted tiene el derecho de recibir y revisar nuestro aviso antes de firmar este reconocimiento. Conforme a lo dispuesto en nuestro aviso, los términos pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso puede obtener una copia revisada.

Al firmar este formulario, usted reconoce que ha sido informado de nuestros usos y divulgaciones de información médica confidencial acerca de usted en cuanto a todos los fines establecidos en nuestro aviso.

Al firmar este formulario, también reconoce que una copia de nuestro aviso ha sido proporcionada a usted, que entiende el contenido de nuestro aviso y cómo este se aplica a usted, y que todas sus preguntas sobre el contenido de nuestro aviso han sido contestadas.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_