

PEDIATRIC
ASSOCIATES



1199 Main Avenue Suite 205

Durango, CO. 81301

970/259-PEDS(7337)

Fax 970/259-7366

ACUSE DE RECIBO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre del Paciente: _____

Mantenemos un registro de los servicios médicos que le proporcionamos. Usted puede pedir ver y sacar fotocopias de ese expediente. También puede pedir modificar ese expediente. No les divulgaremos su expediente a otros a menos que usted ordene que lo hagamos o que la ley nos autorice o nos obligue. Puede revisar su expediente o conseguir más información comunicándose con el Oficial de Cumplimiento.

Nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad describe más detalladamente cómo se puede divulgar o utilizar su información médica, y cómo puede acceder a su información.

Con mi firma a continuación, acuso recibo de la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Firma del paciente o del representante legalmente autorizado

Fecha

Hora

Nombre en letra de molde, si se firmó por parte del paciente

Parentesco (padre, tutor legal, representante personal)

Notas del personal, si existen

Se retendrá este formulario en su expediente médico.

Actualizado: ___/___/___