Reconocimiento de Recibo de prácticas de privacidad

Nombre del paciente:_____
Fecha de Nacimiento:_____

He recibido o he sido ofrecido las prácticas de privacidad de Advanced Urology Centers of New York por escrito en un estilo sencillo, y se me ha dado la oportunidad de leer y hacer preguntas acerca de la reseña. La Comunicación establece en detalle los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que puede ser hecha por esta práctica, mis derechos individuales, cómo puedo ejercer estos derechos, y los deberes legales de la práctica con respecto a mi información.

Yo entiendo que la práctica reserva el derecho de modificar los términos de esta Notificación de prácticas de privacidad y realizar cambios con respecto a todos los casos o residentes de información de salud protegida controladas por esta práctica. Yo entiendo que puedo obtener un Aviso actual de prácticas de privacidad de la práctica a petición.
NOTA:Se pueden dejar mensajes para usted en su contestador automático o con una persona que puede responder su teléfono de casa,número celular o teléfono de trabajo en respecto a preguntas de la oficina, citas y números de autorización
pre-certificadas.

Yo, _____ (imprima nombre del paciente), doy permiso a la oficina y afiliados de Advanced Urology Centers of New York, para dejar información de salud en los siguiente números de teléfono proveido.

Por favor, provea al menos un numero de teléfono:

☐ Si ☐ No Numero de hogar # _____
☐ Si ☐ No Contestador Automático _____
☐ Si ☐ No Numero de Trabajo # _____
☐ Si ☐ No Correo de voz # _____
☐ Si ☐ No Número celular # _____

La oficina y los afiliados de Advanced Urology Centers of New York puede revelar mi información medica a las siguientes personas (es decir, esposo(a), hijos, hermanos, etc):

_____ _____
_____ _____
_____ _____

_____ _____
Firma del paciente o una firma autorizada (Si es mayor de 18 años de edad) Fecha

_____
Nombre completo del paciente o una firma autorizada (Si es mayor de 18 años de edad)

PARA USO EXCLUSIVO DE LA FACILIDAD (Para documentar el rechazo de firmar) Advanced Urology Centers of New York hizo los siguientes esfuerzos de buena fe para obtener confirmación por escrito del antes mencionado paciente de recepción de la notificación de prácticas de privacidad:

_____
_____
_____

Signature of Staff Member _____ Date _____