

Aviso de acuse de recibo de prácticas de privacidad

San Juan Salud, PC tiene la responsabilidad de proteger la privacidad de su información médica y proporcionar un aviso de privacidad que describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada, cómo puede acceder a su información médica, y quién soy para contactar si tiene preguntas, inquietudes o quejas.

Podemos cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento, y usted puede comunicarse con **San Juan Healthcare, PC** al **360.378.1338** para obtener una copia actualizada del Aviso de Prácticas de Privacidad o para hacer preguntas.

Al firmar a continuación, acepto que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad de San Juan Healthcare, PC .

P Impreso nombre de p PACIENTE

Paciente o firma individual 's legalmente autorizada	Dat e	Hora
--	-------	------

Nombre impreso si está firmado en nombre del paciente Relación (padre, tutor legal, representante personal)

Este formulario será retenido en su registro médico.

San Juan Healthcare puede dejar un mensaje en mi contestador automático con respecto a los resultados de las pruebas o instrucciones sobre una cita para pruebas o consultas con especialistas.

Un círculo: **SÍ** **NO**

San Juan Healthcare está autorizado a brindar información verbal y / o escrita sobre mi información médica protegida a:

Nombre Relationsh ip _____

Número de teléfono: _____

Nombre _____ **Relación** _____

Número de teléfono: _____

Sólo para uso de oficina

El encargado de la oficina completa a continuación:
Intenté obtener la firma del paciente en este formulario, pero no pude obtenerlo por la (s) razón (es) enumeradas a continuación:

Dat e: _____ Miembros del personal i ntials: _____

Razones: