

## ACUSE DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO DE ASSMCA

La Ley Federal “Health Insurance Portability and Accountability Act” (HIPPA) requiere que se le notifique las prácticas de privacidad y confidencialidad de la institución y que se evidencie dicha notificación. La Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente requiere que, para poder proveerle nuestros servicios, debemos obtener la autorización (consentimiento de acuerdo a HIPPA) para utilizar y divulgar su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago y otras transacciones u operaciones para el cuidado de la salud que lleva a cabo nuestra organización. Para cumplir con las disposiciones de ley, nuestra entidad le ha notificado el “Aviso Prácticas de Privacidad de ASSMCA” y le solicita que firme este Acuse como evidencia de la notificación de dicho Aviso y su autorización para usar y divulgar su información de salud para efectos de tratamiento, pago y otras operaciones de salud. También autoriza a que la organización, su fuerza trabajadora (que incluye a los empleados, personal voluntario, etc.) y sus asociados de negocio, utilicen y divulguen su información de salud protegida para tratamiento, pago, transacciones y operaciones de salud. Al firmarlo, usted reconoce haber sido notificado sobre nuestras Prácticas de Privacidad y consiente al uso y divulgación de su información de salud según se describe en el Aviso. Revíselo detenidamente, fírmelo y anote la fecha donde se indica. Por favor, recuerde que la organización se ha reservado el derecho de revisar, cambiar o enmendar la política y práctica sobre uso y divulgación descrita en el Aviso en cualquier momento. De usted interesar la última versión de Aviso, favor de comunicarse con el Oficial de Privacidad al teléfono (787) 763-7575 ext. 2607, 2602 o al P.O. Box 607087, Bayamón, P.R. 00960-7087

Yo \_\_\_\_\_, certifico que he leído las disposiciones del “Aviso Sobre Prácticas de Privacidad de ASSMCA”, lo entiendo y estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresados en el mismo y demás, consiento y autorizo el uso y divulgación de mi información de salud para tratamiento, paro y otras transacciones y operaciones para el cuidado de mi salud según definidos en ley.

Nombre del Participante (en letra de molde)

Número de Expediente

Firma o Marca del Paciente

Fecha

Nombre del Representante Autorizado (si aplica)

Firma del Representante (si aplica)

Relación con el Paciente

Fecha

### Para uso Oficial Solamente

Luego de realizar esfuerzos razonables para obtener el Acuse de Recibo de Prácticas de Privacidad y Consentimiento, no fue posible debido a:

\_\_\_\_\_ Paciente se negó a firmar el Acuse

\_\_\_\_\_ Barrera de Comunicación

\_\_\_\_\_ Otros (Especifique) \_\_\_\_\_

Nombre del Representante de Servicio (letra de molde)

Firma del Representante

Fecha