



Acuse de Recibo del Aviso de Privacidad

Propósito de este acuse de recibo

Este acuse de recibo permite al Consultorio **Core Physical Therapy** utilizar y/o divulgar mi información médica personal para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica, conforme a los requisitos 45 CFR §164.520 (c) (2) (ii) , parte de las regulaciones federales de privacidad bajo La Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA por sus siglas en inglés) de 1996, ("Reglamentos de privacidad.")

Por favor, lea la siguiente información cuidadosamente:

1. Entiendo y reconozco que estoy consintiendo el uso y/o divulgación de mi información médica personal por **Core Physical Therapy** para el propósito de mi tratamiento, obtener pago por mi tratamiento y el uso necesario para llevar a cabo cualquiera de las operaciones de atención médica permitidas por los "Reglamentos de privacidad."
2. Estoy consciente de que el Consultorio mantiene un *Aviso de Privacidad* que establece los tipos de usos y divulgaciones que al Consultorio le permite realizar bajo los "Reglamentos de privacidad" que detalla la manera en que el Consultorio usará o divulgará. Al firmar este acuse de recibo, afirmo y entiendo que me han ofrecido una copia o la oportunidad de ver una copia del *Aviso de Privacidad*.
3. Entiendo y reconozco que el Consultorio, en su *Aviso de Privacidad*, se ha reservado el derecho de cambiar el contenido de su *Aviso de Privacidad* según lo crea conveniente. Si deseo obtener un *Aviso de Privacidad* revisado necesitaría enviar una solicitud escrita pidiendo el *Aviso de Privacidad* revisado a la siguiente dirección de la oficina del Consultorio: Core Physical Therapy, 2001 Westown Parkway, Suite 107, West Des Moines, IA 50265, Attention: Compliance Officer.
4. Entiendo y reconozco que tengo el derecho de solicitar que el Consultorio restrinja la manera en la cual se usa o revela mi información para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Entiendo y reconozco que el Consultorio no está obligado a aceptar las restricciones que le solicite con excepción de las muy limitadas situaciones que describe el *Aviso de Privacidad*, pero si el Consultorio acepta la restricción solicitada quedará obligado a mantenerla hasta que yo le notifique por escrito lo contrario.

Solicito que se active las siguientes restricciones en el uso y/o divulgación de mi información médica por el Consultorio (dejar en blanco si no hay restricciones): _____

Entiendo las provisiones arriba mencionadas y deseo firmar este **Acuse de recibo** autorizando al Consultorio el uso de mi información médica para propósitos de tratamiento, solicitud de pago por tratamiento y operaciones de atención médica.

FIRMO ESTE FORMULARIO, AFIRMANDO QUE HE REVISADO UNA COPIA RECONOCIDA DE ESTE ACUSE DE RECIBO Y UNA COPIA DEL AVISO DE PRIVACIDAD DEL CONSULTORIO Y ACEPTO EL USO Y DIVULGACIÓN DE MI INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA.

Firma del paciente o representante

Fecha mes / día / año

Nombre del paciente

Nombre del Personal Representativo (si es aplicable)

Relación con el paciente

Para ser completado por el Consultorio

Las restricciones solicitadas sobre el uso y/o divulgación de información de salud del paciente establecidas con anterioridad es:

_____ Aceptada

_____ Negada

_____ No Aplica

_____ Otro (favor de explicar)

Firma del representante autorizado del Consultorio
/ año

Fecha mes / día