



Estimado Paciente,

La nueva Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico requiere que le suministremos nuestras prácticas de privacidad.

Favor de enviarnos por escrito su reconocimiento de haber recibido y revisado las adjuntas notificaciones de Prácticas de Privacidad y Prácticas de Información Médica. Estas notificaciones explican cómo nuestra oficina podrá usar información médica suya, o revelarla para fines de tratamientos, facturación, o funciones de centro médica.

Ud. podrá pedir que restrinjamos la forma en que utilicemos o revelemos su información de salud para tratamientos, cuentas, u operaciones de atención médica. No estamos obligados a acceder a ninguna petición; sin embargo, si aceptamos alguna petición de restricción, nos obligamos por esa restricción.

El aviso de privacidad está sujeto a cambios, porque estamos en continua búsqueda de nuevas formas de asegurar la protección de su información de salud. Si cambiamos este aviso de privacidad, usted podrá obtener una copia actualizada en la Recepción, o pedirla por escrito a nuestro Oficial de Privacidad en El Centro de Salud Mariposa, 825 N. Grand Avenue, Suite 100, Nogales, AZ 85621.

Le pedimos su firma de consentimiento para tratamientos, en el sitio indicado abajo. Esto nos ayudará a procesar pagos y proseguir con nuestras operaciones de atención médica. Ud. tiene derecho a revocar este consentimiento escrito, excepto cuando ya hemos procesado o utilizado la información para funciones de tratamientos, facturación, o de centro médica.

Nuestra meta es proteger su privacidad. Su firma suscrita es un reconocimiento que Ud. ha recibido y revisado los avisos ya descritos, y que consiente al tratamiento.

Atentamente,
Administración Centro Mariposa

Firma del Paciente

Fecha

Escribir su nombre en letra de molde