



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.

Por favor, proporcione su consentimiento por escrito para el tratamiento a continuación. Este consentimiento permitirá Mariposa para ver y tratar a su hijo en la escuela, ya sea en persona o a través de la telemedicina, incluso si usted no está presente. También autoriza a la enfermera de la escuela u otro representante para hacer “clic” en el botón en su nombre para iniciar una visita virtual de telemedicina, expresando que son los representantes legales y que aceptan los términos de uso, la política de privacidad y el uso de la telemedicina. Esto nos permitirá procesar pagos y proceder con nuestras operaciones de atención médica. Usted tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto donde ya hemos procesado o utilizado la información para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.

También se adjuntan sus derechos como pacientes. Reconoce que los has recibido a continuación. En caso de que hay cambios en los derechos de los pacientes, tenga en cuenta que se publicarán en los vestíbulos de todos edificios de Mariposa y disponible bajo petición en la recepción.

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