



Dr. Glenda Thomas, DNP, FNP-C

611 S. Carlin Springs Rd. Suite 412

Arlington, VA 22204 Telephone: (703) 344-2004 Fax: (703) 931-1819 Email: office@venesaludpc.com

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) y la ley del estado de Virginia, tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.
- Obtenga el pago de terceros pagadores.
- Llevar a cabo operaciones sanitarias normales, como evaluaciones de calidad y certificación médica.

Por la presente reconozco que VeneSalud Primary Care me ha informado del Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información médica. Se me ha otorgado el derecho de revisar el Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento.

Entiendo que esta organización tiene derecho a cambiar los términos del Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento y que puedo comunicarme con VeneSalud Primary Care, en cualquier momento, en la dirección que se indica a continuación, para obtener una versión revisada del Aviso de Prácticas de privacidad.

Por la presente también autorizo y doy mi consentimiento para el uso y / o divulgación de mi información médica protegida para que VeneSalud Primary Care pueda llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Para los propósitos de este documento, información de salud protegida significa cualquier y toda la información relacionada con los servicios de atención médica que me brinda VeneSalud Primary Care, incluida la información relacionada con los servicios que me brindaron otros proveedores antes de esta fecha. Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo se usa o divulga mi información médica protegida para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También entiendo que VeneSalud Primary Care no está obligado a aceptar las restricciones que solicito, pero si estamos de acuerdo, cumpliremos con esas restricciones. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que VeneSalud Primary Care ya haya tomado medidas basándose en el contenido de este consentimiento. Esta autorización / consentimiento permanecerá en vigor hasta que proporcione un aviso por escrito de revocación a la práctica. La revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que el consultorio reciba mi notificación por escrito.

Firma del Paciente/Guardián Legal

Fecha

Nombre de quien firma