



Oficina de Lancaster:
810 Plaza Boulevard
Lancaster, PA 17601
Oficina 717-394-5088
Fax 717-394-5590

Oficina de Ephrata:
561 W. Trout Run Road
Ephrata, PA 17522
Oficina 717-733-4891
www.TheENTCenterpa.com

Acuse de recibo de prácticas de privacidad

Nombre del paciente: _____ ha recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad de The ENT Center.

Firma del paciente

Fecha

Utilice la siguiente sección si está firmando en nombre de un menor o como un tutor legal

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Nombre del padre/tutor legal en letra imprenta

Fecha

Autorización del paciente para el uso y divulgación de información médica protegida

Deseo ser contactado en el siguiente número: _____

The ENT Center cuenta con mi permiso para dejar un mensaje detallado sobre citas u otros detalles sobre mi atención médica en este número Sí No

Otorgo permiso a The ENT Center para analizar/compartir información médica y de facturación con la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre: _____
Teléfono: _____
Relación: _____

Nombre: _____
Teléfono: _____
Relación: _____

Las reglas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) le otorgan el derecho a solicitar una restricción de su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Cuando la información médica protegida (PHI) se usa o divulga conforme la presente autorización, puede estar sujeta a divulgaciones subsiguientes por parte del destinatario y puede no seguir estando protegida por las reglas de privacidad federales de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud.

Firma del paciente

Fecha

Utilice la siguiente sección si está firmando en nombre de un menor o como un tutor legal

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Nombre del padre/tutor legal en letra imprenta

Fecha