

Pediatric Orthopedic Associates of San Antonio
Paciente Reconocimiento de Recibo de Nota de Intimidad

Entiendo que como parte de la provision de servicios de asistencia sanitaria, Pediatric Orthopedic Associates of San Antonio, cree y mantene los registros de la salud y orta informacion que describen, diagnostican, tratamiento, y cualquier plan el cuidado o el tratamiento futuro.

He sido proporcionado con una Nota de las Practicas de la Intimidad que proporcionado una descripcion mas completa de los usos y revelaciones de cierta informacion de la salud. Entiendo que la organizacion reserve el derecho de cambiar su Nota de Practicas de Intimidad y me proporcionara con una nueva Nota de Practicas de Intimidad si hay cualquier cambio.

Entiendo que tengo el derecho de oponerse al uso de mi informacion de la salud para propositos de guia.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar las restricciones en cuanto a como mi informacion de salud puede ser utilizada o puede ser revelada para llevar al tratamiento de cabo, al pago, o a las operaciones de asistencia sanitaria (la evaluacion de la calidad y actividades de mejora el seguro, la calificacion de la prima, realizando o para arreglar para la revision medica, para los servicios legales, y para auditar las funciones, etc.) y que la organizacion no es requerida a concordar a las restricciones solicitadas.

Este reconocimiento es dado libremente con la comprension eso:

1. Cualquier y todos registros, si escrito, oral o en el formato electronico, son confidencial y no puede ser revelado para razones fuera del tratamiento de las operaciones de asistencia sanitaria sin mi autoizacion escrita previa sino como de otro modo proporcionado por la ley.
2. Tengo el derecho de solicitar que el uso de mi Informacion Protegida de asistencia sanitaria, que es utilizado o es revelado para los fines del tratamiento, el pago, o las operaciones de asistencia sanitaria son restringidos. Entiendo tambien que la Practica y yo deben concordar a cualquier restriccion en escritura que solicito en el utilizado y la revelacion de mi Informacion Protegida de Asistencia sanitaria sobre que ha sido concordado previamente.

El Nombre del Paciente (Imprimio)

Fecha de Nacimiento

Firma De Padres/Responsables

Fecha