

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT FORMS

Notice of Privacy Practices provide information about how we may use and disclose protected health information about you. You have the right to review our notice before signing this form. As provided in our Notice, the terms may change. If we change our notice, you may obtain a revised copy by contacting the office or visiting our website.

You have the right to request that we restrict how protected health information about you is used or disclosed for treatment, payment, or healthcare operations. We are not required to agree to this restriction, but if we do, we are bound by our agreement.

By signing this form, you consent to our use and disclosure of protected health information about your treatment, payment and healthcare operations as described in our Notice. You have the right to revoke this consent in writing, except where we have already made disclosures in reliance on your prior consent.

PRINT NAME OF PATIENT: _____ DOB: _____

SIGNATURE FATHER, MOTHER, LEGAL GUARDIAN: _____

DATE: _____

NOTICIA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y FORMA DE ENTENDIMIENTO

La Noticia de Practicas de Privacidad proveen información de como podemos usar y divulgar información de salud protegida acerca de usted. Usted tiene el derecho de revisar nuestra Noticia antes de firmar esta forma. Como se provee en nuestra Noticia, los términos puede cambiar. Si cambiamos esta Noticia, usted puede obtener una copia revisada contactando nuestra oficina o visitando nuestro website.

Tiene el derecho de solicitar de que se restrinja como utilizamos la información de salud protegida acerca de usted o divulgación de tratamiento, pagos y operaciones de salud como se describen en nuestra Noticia. No se requiere de que estemos de acuerdo con esta restricción, pero si lo estamos, nos vinculamos con este acuerdo.

Al firmar esta forma, usted da su consentimiento para usar y divulgar la información de salud protegida acerca de su tratamiento, pago, y operaciones del cuidado de salud descritos en nuestra noticia. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, excepto cuando ya hemos revelado en confianza de su previo consentimiento.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

FIRMA PADRE, MADRE, GUARDIAN: _____ DATE: _____