



Reconocimiento de Practicas de Privacidad

Me han informado de mis derechos a la privacidad con respecto a mi informacion de salud protegida bajo la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro medico (HIPPA, 1996).

Entiendo que esta informacion puede y sera utilizada para:

- Propocionar y coodinar mi tratamiento entre los proveedores de atencion medica que pueden estar involucrados en mi tratamiento directamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores por mis servicios de salud.
- Llevar a cabo operaciones normales de atencion medica tales como evaluaciones de calidad y actividades de mejora.
- He sido informado las practicas de privacidad de Optimum Care Physical Therapy LLC que contienen una descripcion mas complete de los usos y la divulgacion de mi informacion de salud protegida.
- Se me ha brindado la oportunidad de revisar y recibir una copia de dicho aviso de practicas de privacidad.
- Entiendo que Optimum Care Physical Therapy LLC tiene el derecho de cambiar el aviso de practicas de privacidad y puedo contactar a esta oficina a la direccion arriba para obtener una copia actual del aviso de practicas privadas. Entiendo que puedo solicitar por escrito que Optimum Care Physical Therapy LLC restrinja como se usa o se cierra mi informacion privada para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atencion medica. Entiendo que Optimum Care Physical Therapy no esta obligado a aceptar mi restriccion solicitada, pero si Optimum Care Physical Therapy LLC lo acepta, Optimum Care Physical Therpay esta obligado a cumplir con dichas restricciones.

Firma: _____

Fecha: _____

Imprimir nombre: _____

Familiares dependientes tambien cubiertos por este reconocimiento:

