

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO HIPAA DE NOTIFICACIÓN
DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Con mi consentimiento, Bend Dermatology puede usar y revelar mi información de salud protegida (ISP) para llevar a cabo tratamiento, pago y funciones de cuidado de salud. Por favor consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad de Bend Dermatology para obtener una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones. La práctica proporciona este formulario para cumplir con la ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Información de Salud (HIPAA) de 1996.

Yo tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Bend Dermatology reserva el derecho de revisar este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado puede obtenerse por medio de una solicitud por escrito enviada al Oficial de Privacidad de Bend Dermatology.

Con mi consentimiento, Bend Dermatology puede llamar a mi casa o cualquier otro lugar designado y dejar un mensaje de voz o en persona en referencia a cualquier asunto que pueda asistir a la práctica a llevar a cabo tratamiento, pago y funciones de cuidado de salud, tal como recordatorios de citas, información de seguros y cualquier llamada relacionada con mi cuidado de salud, incluyendo resultados de laboratorio y otros.

Con mi consentimiento, Bend Dermatology puede mandar por correo a mi domicilio o cualquier otro lugar designado cualquier artículo que pueda asistir a la práctica en realizar tratamiento, pago y funciones de cuidado de salud tal como tarjetas de recordatorio de citas y estados de cuentas del paciente.

Con mi consentimiento, Bend Dermatology puede mandar correos electrónicos a mi domicilio o cualquier otro lugar designado cualquier artículo que pueda asistir a la práctica a realizar tratamiento, pago y funciones de cuidado de salud tal como tarjetas de recordatorios de citas y estados de cuenta. Yo tengo derecho a solicitar que Bend Dermatology restrinja la forma en que utilice o divulge mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, pago y funciones de cuidado de salud.

Sin embargo, la práctica no esta obligada a aceptar las restricciones de mi solicitud, pero si lo hace, esta sujeta a este acuerdo.

Al firmar este formulario, yo presto mi consentimiento para que Bend Dermatology use y divulgue mi información de salud protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y funciones de cuidado de salud.

Yo puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya hecho divulgaciones basándose en mi consentimiento previo. Si yo no firmo este consentimiento, Bend Dermatology puede negarse a brindarme tratamiento.

Firma del Paciente o Guardián Legal

Fecha

Nombre del Paciente