



# Entendiendo la Política de Privacidad

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento del paciente:** \_\_\_\_\_

He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de la práctica escrito en lenguaje sencillo y se me ha brindado la oportunidad de revisarlo. El Aviso proporciona en detalle los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que puede hacer esta práctica, mis derechos individuales y las prácticas de deberes legales con respecto a mi información de salud protegida.

Entiendo que la práctica se reserva el derecho de cambiar los términos de su Aviso de Prácticas de Privacidad y de hacer que las nuevas disposiciones sean efectivas para toda la información de salud protegida que mantiene. Entiendo que puedo obtener el Aviso de Prácticas de Privacidad actual de esta práctica a mi solicitud.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Nombre (Imprimir):** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_