



Miembro de la Academia Estadounidense de Audiología - Junta Certificada en Audiología –
Presidente anterior de la Academia de Audiología de Texas

**CONFIRMACIÓN DE RECIBO DEL AVISO
SOBRE LA PRÁCTICA DEL SECRETO PROFESIONAL**

Family Hearing & Sensory Neural Center
1911 22nd Street
Huntsville, TX 77340
(936) 291-2414

Declaro que entiendo que, de acuerdo con la Ley de Responsabilidad y Transferencia del Seguro Médico de 1996 (HIPAA por sus siglas en inglés), poseo ciertos derechos de privacidad con relación a mi información médica protegida, y entiendo también que dicha información puede ser y será utilizada para lo siguiente:

- Conducir, planificar y redirigir mi tratamiento y chequeos entre múltiples proveedores de servicios médicos que pudieran estar involucrados directa e indirectamente en dicho tratamiento.
- Obtener pago de pagadores terceros.
- Realizar actividades relacionadas con la administración de los servicios de salud regulares como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Hago constar que he recibido, leído y comprendido su Aviso sobre la Práctica del Secreto Profesional que contiene una descripción más completa sobre los usos y las divulgaciones de mi información médica. Entiendo que el Family Hearing & Sensory Neural Center posee el derecho a realizar cambios en su Aviso sobre la Práctica del Secreto Profesional cuando así lo juzgue pertinente, y que yo puedo contactar al Family Hearing & Sensory Neural Center en cualquier momento a la dirección arriba señalada para obtener una copia actualizada del Aviso sobre la Práctica de Secreto Profesional.

Entiendo también que puedo solicitar por escrito que Uds. restrinjan la manera en la que mi información confidencial es utilizada y divulgada para la realización de tratamientos, pagos u actividades administrativas de servicios de salud. Asimismo, entiendo que Uds. no están en la obligación de estar de acuerdo con las restricciones solicitadas por mi persona, pero si Uds. en efecto estuvieran de acuerdo, se atenderán entonces a dichas restricciones.

Nombre del paciente _____

Relación con el paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____



Miembro de la Academia Estadounidense de Audiología - Junta Certificada en Audiología –
Presidente anterior de la Academia de Audiología de Texas

SOLO PARA USO OFICIAL

Intenté obtener la firma del paciente como confirmación de recibo del Aviso sobre la Práctica del Secreto Profesional, pero no estuvo en capacidad de hacerlo según de especifica a continuación:

Fecha: Iniciales: Razón: