



Aviso de reconocimiento de privacidad

El Aviso de reconocimiento de privacidad de *Methodist Family Health Centers and Medical Groups* brinda información acerca de cómo *Methodist Family Health Centers and Medical Groups* puede usar y divulgar su información médica protegida. Usted tiene derecho a revisar el Aviso antes de firmar este reconocimiento. Hay una copia del Aviso actual publicada en la sala de espera. El Aviso contiene la fecha de vigencia según lo establecido en nuestro Aviso; los términos de nuestro Aviso pueden cambiar.

Usted tiene derecho a solicitar que limitemos la manera en la que se usa o se divulga la información médica protegida sobre usted para operaciones de atención médica, pagos o tratamientos. No se nos exige que aceptemos esta restricción pero, si lo hacemos, estamos obligados por nuestro acuerdo.

Al firmar este formulario, usted otorga su consentimiento para que usemos y divulguemos la información médica protegida sobre usted para **operaciones de atención médica, pagos y tratamientos**, según lo descrito en nuestro Aviso. Usted tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en lo ya divulgado según su consentimiento anterior.

Este Reconocimiento de privacidad **no** nos autoriza a revelar registros a ninguna persona o entidad excepto a quien se menciona. Se debe completar un formulario de autorización para revelar información médica firmado antes de que revelemos registros en su nombre.

Gracias por su comprensión y aceptación de las políticas de nuestro consultorio. Tenemos el compromiso de participar activamente en su equipo de atención médica trabajando juntos para su salud.

Firma del paciente o tutor

Fecha de nacimiento del paciente

Parentesco con el paciente, si no firma el paciente

Fecha