

Family
URGENT CARE
 &
Industrial Medical Clinic
 A Professional Corporation

16661 Ventura Boulevard, #108 • Encino, CA 91436
 (818)808-2828
 FAX (818)788-0386

Regla de Privacidad HIPAA Recibo de Noticia de Practica de Privacidad Forma de Reconocimiento Escrita

Family Urgent Care Industrial Medical Clinic, Inc.

Reconomiento de recibo de la Noticia de Practica de Privacidad (§164.520(a))

Yo, _____ (Name of Patient) entiendo que como parte de mi cuidado de salud, Family Urgent Care Industrial Medical Clinic, Inc. crea y mantiene los documentos medicos que describen mi historial medico, sintomas, examinaciones y los resultados, diagnosticos, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado medico o tratamiento. Yo reconozco que se me ha proporcionado y entiendo que el Aviso de las Practicas de Privacidad Family Urgent Care Industrial Medical Clinic, Inc. provee una descripcion completa del uso y revelacion de mi informacion medica.

Yo entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar el Aviso de las Practicas de Privacidad de Family Urgent Care Industrial Medical Clinic, Inc. antes de firmar esta forma;
- Que Family Urgent Care Industrial Medical Clinic, Inc. reserva su derecho de cambiar el Aviso de las Practicas de Privacidad y que enviara una copia del aviso editado a la direccion que he dado antes de ponerlo en practica, si lo solicito.

Firma del Individuo o Testigo Representante Legal

Nombre del Individuo o Testigo Representante Legal

Fecha:

SOLO PARA USO INTERNO DE LA OFICINA

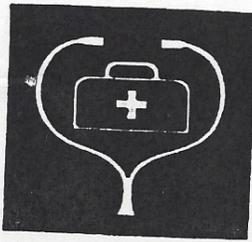
Intentamos obtener reconocimiento escrito del recibo de nuestro Aviso de las Practicas de Privacidad, pero no ha podido ser obtenido porque:

- Individuo reuso firmar
- Dificultades de comunicacion prohibio que obtuvieramos el reconocimiento
- Una emergencia evito que obtuvieramos el reconomiento
- Otro (especifique por favor)

Katherine Villa

Katherine Villa
 Oficial De Privacidad

1/1/2014
 Fecha



Family
URGENT CARE
 &
Industrial Medical Clinic
 A Professional Corporation

16661 Ventura Boulevard, #108 • Encino, CA 91436
 (818)808-2828
 FAX (818)788-0386

**Norma de Privacidad de HIPAA
 Acuerdo de Autorizacion del Paciente**

**Autorizacion para la Revelacion de Informacion Confidencial de Salud para
 Tratamiento, Pago o Cuidado Medico (§164.508(a))**

Yo, _____ (Patient's Name) entiendo que como parte de mi cuidado de salud, Family Urgent Care Industrial Medical Clinic, Inc., crea y mantiene los documentos medicos que describen mi historial medico, sintomas, exámenes y los resultados, diagnosticos, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado o tratamiento. Yo entiendo que esta informacion sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento;
- Un medio de comunicacion entre profesionales del campo medico que pueden contribuir a mi cuidado medico;
- Una fuente de informacion de como aplicar mi diagnostico e informacion quirurgica a mi cuenta;
- Un medio por el cual un pagador puede verificar que los servicios cobrados hayan sido proporcionados;
- Un medio para operaciones rutinarias de cuidado medico tales como determinacion de calidad y revision de capacidad de los profesionales en el campo medico.

He sido proporcionado(a) con una copia del *Aviso de Practicas de Privacidad* que provee una descripcion mas completa sobre los usos y revelaciones de informacion.

Entiendo que como parte de mi cuidado y tratamiento puede ser necesario proveer a otra entidad mi Informacion Confidencial Medica. Yo tengo el derecho de revisar el aviso de Family Urgent Care Industrial Medical Clinic, Inc. antes de firmar esta autorizacion. Autorizo la revelacion de mi Informacion Confidencial Medica como sera especificado posteriormente para los propositos y a los grupos indicados por mi.

Norma de Privacidad Consentimiento del Paciente

**Consentimiento para la Revelacion de Informacion Confidencial de Salud para
 Tratamiento, Pago o Cuidado Medico (§164.506(a))**

Yo entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar el *Aviso de Practicas de Informacion* de Family Urgent Care Industrial Medical Clinic, Inc. antes de firmar este consentimiento;
- Que Family Urgent Care Industrial Medical Clinic, Inc., reserva su derecho de cambiar el aviso y las practicas y que si solicito, enviara una copia del aviso editado a la direccion que he dado antes de ponerlo en practica;
- Tengo el derecho a oponerme al uso de mi informacion medica para propositos directorios;
- Tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a como mi informacion confidencial medica puede ser usada o revelada para realizar tratamiento, pago o cuidado medico y que no es requerido por la ley que Family Urgent Care Industrial Medical Clinic, Inc., este de acuerdo con las restricciones solicitadas;
- Puedo revocar este consentimiento escrito en cualquier momento, excepto hasta el punto que Family Urgent Care Industrial Medical Clinic, Inc., ya haya tomado accion dependiendo del consentimiento escrito.

Firma del Paciente o Testigo Representante Legal

Nombre del Paciente o Testigo Representante Legal

Fecha: