



Departamento de Salud
PROGRAMA MEDICAID

Acuse de Notificación de Prácticas de Privacidad y Consentimiento

La ley federal "Health Insurance Portability and Accountability Act" (HIPAA) requiere que se le notifique las prácticas de privacidad y confidencialidad de la institución y que se evidencie dicha notificación. La Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente requiere que para poder proveerle nuestros servicios debemos obtener su autorización (*consentimiento* de acuerdo a HIPAA) para utilizar y divulgar su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago y otras transacciones u operaciones para el cuidado de la salud que lleva a cabo nuestra organización.

Para cumplir con las disposiciones de ley, nuestra entidad le ha notificado el "**Aviso Sobre Prácticas de Privacidad del Programa Medicaid**" y le solicita que firme este Acuse como evidencia de la notificación de dicho Aviso y su autorización para usar y divulgar su información de salud para efectos de tratamiento, pago y otras operaciones de salud. También autoriza a que la organización, su fuerza trabajadora (que incluye a los empleados, personal voluntario, etc.) y sus asociados de negocio, utilicen y divulguen su información de salud protegida para tratamiento, pago, transacciones y operaciones de salud.

Al firmarlo usted reconoce haber sido notificado sobre nuestras *Prácticas de Privacidad* y consiente al uso y divulgación de su información de salud según se describe en el Aviso. Reviselo detenidamente, fírmelo y anote la fecha donde se indica.

Por favor, recuerde que la organización se ha reservado el derecho de revisar, cambiar o enmendar la política y práctica sobre uso y divulgación descrita en el Aviso en cualquier momento.

Yo, _____ certifico que he leído las disposiciones del "**Aviso Sobre Prácticas de Privacidad del Programa Medicaid**", lo entiendo, y estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresados en el mismo y además consiento y autorizo el uso y divulgación de mi información de salud para tratamiento, pago y otras transacciones y operaciones para el cuidado de mi salud según definidos en ley.

Nombre del Paciente (en letra de molde)	Número de Récord
Firma o Marca del Paciente	Fecha
Nombre del Representante Autorizado (si aplica)	Firma del Representante (si aplica)
Relación con el Paciente	Fecha

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

Luego de realizar esfuerzos razonables para obtener el Acuse de Recibo de Prácticas de Privacidad y Consentimiento, no fué posible debido a:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Paciente se negó a firmar el Acuse | <input type="checkbox"/> Barrera de comunicación |
| <input type="checkbox"/> Otros | |

Nombre del Representante de Servicio (en letra de molde)

Firma del Representante

Fecha