



# PRIMARY HEALTH SOLUTIONS (PHS)

## Acuse de Recibo de Practicas de Privacidad

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_ Mes / Dia / Año

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Apellido	Nombre	MI	Nickname	Seguro Social #	Fecha de Nacimiento Mes / Dia / Año
----------	--------	----	----------	-----------------	--

Estamos obligados a dar a cada paciente una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad, que indican como podemos usar o revelar su información de salud. Por favor firme este formulario para acusar recibo de este aviso y una copia de nuestro folleto del paciente. Puede negarse a firmar si lo desea.

### Por favor responda las siguientes preguntas para que nos pongamos en contacto con usted de la manera más eficiente posible.

- ¿Podemos enviar o recibir información clínica de proveedores de atención medica que participan en su atención?  Sí  No
- ¿Si tiene una contestadora automática, ¿podemos dejar un recado?  Sí  No
- ¿Podemos dejar un recado en su trabajo para que llame a nuestra oficina?  Sí  No
- ¿Hay alguien en su casa con quien podamos dejar un recado?  Sí  No

En caso afirmativo, proporcione a los miembros del hogar el nombre: \_\_\_\_\_

Anote abajo a cualquier persona o personas autorizadas por usted para discutir /recibir/acceso su información médica.

Apellido	Nombre de pila	Relación con el paciente
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

**Al firmar abajo, autorizo a PHS para usar o revelar mi información de salud de una manera consistente con la que se indica en el aviso de prácticas de privacidad que he recibido.**

Nombre del tutor (Impresión) \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Firma del paciente y/o tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Marque aquí si el paciente se negó a firmar.

### Nuestro oficial de privacidad puede ser contactado como sigue:

Nombre del Oficial: Peggy Vazquez

Dirección de la Oficina: 300 High Street, 4th Floor  
Hamilton, OH 45011  
Phone: (513) 454-1111

PHS Staff Signature/Firma del Personal \_\_\_\_\_

Date/Fecha \_\_\_\_\_