

COMPREHENSIVE COMMUNITY HEALTH CENTERS, INC.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y
COSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL (PHI)**

Vigente desde el 1 de enero de 2016

Yo, el abajo firmante, por medio de la presente reconozco que se me ha proporcionado una copia del aviso de las prácticas de privacidad (el "Aviso") de Comprehensive Community Health Centers, Inc. ("CCHC") y se me ha dado la oportunidad de leer el Aviso antes de que se me haya proporcionado cualquier servicio de parte de CCHC. Además, reconozco que he sido informado de que una copia del aviso de prácticas de privacidad actual está publicada en la zona de recepción. CCHC se reserva el derecho de cambiar el Aviso de Políticas de Privacidad. Usted puede obtener una copia del Aviso de prácticas de privacidad actual si solicita una copia.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información médica para tratamiento, pagos y atención médica. Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito, mediante documento firmado por mí. Sin embargo, reconozco que tal revocación no afectará las divulgaciones que ya se hayan hecho basándose en mi consentimiento previo. CCHC proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y la Ley de Tecnología de la Información en materia de Salud y Costes Clínicos (HITECH).

Los proveedores/El personal de CCHC pueden ponerse en contacto con usted de la siguiente manera (marque todo lo que corresponda) para confirmar citas o hablar sobre resultados de laboratorio:

NÚMERO DE CELULAR:

- SÍ, dejen mensajes de voz
 NO, no dejen mensajes de voz

TELÉFONO DE CASA:

- SÍ, dejen mensajes de voz
 NO, no dejen mensajes con un miembro de la familia

MENSAJES DE TEXTO a:

- SÍ, envíenme mensajes de texto. *Pueden aplicar cargos estándar por mensajes de texto. Yo reconozco, estoy de acuerdo y acepto todos los cargos que me sean facturados por mi compañía celular como resultado de recibir dichos mensajes de texto.*
 NO, no me envíen mensajes de texto

CORREO ELECTRÓNICO:

- SÍ, escríbanme al siguiente correo: (indique la dirección completa, es decir, youremail@domain.com)

- NO, no me envíen correos electrónicos

CORREO POSTAL:

- SÍ, envíen correo a mi dirección de casa (indique la ciudad, estado y código postal)

- NO, no envíen correo a mi dirección de casa

Firma del paciente o representante legal: _____

Fecha: _____ Si es representante legal, indique vínculo con el paciente: _____