

COMPREHENSIVE COMMUNITY HEALTH CENTERS, INC.

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

**ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES &
CONSENT TO RELEASE PERSONAL HEALTH INFORMATION (PHI)**

Effective January 1, 2016

I, the undersigned, hereby acknowledge that I have been provided with a copy of Comprehensive Community Health Centers, Inc.'s ("CCHC") Notice of Privacy Practices (the "Notice"), and have been given the opportunity to read the Notice prior to any service being provided to me by CCHC. I further acknowledge that I have been informed that a copy of the current Notice of Privacy Practices is posted in the reception area. CCHC reserves the right to change the Notice of Privacy Policies. You may obtain a copy of the current Notice of Privacy Practices by requesting a copy.

By signing this form, I consent to the use and disclosure of my medical information for treatment, payment and healthcare operations. I understand that I have the right to revoke this consent in writing, signed by me. I acknowledge that such revocation, however, shall not affect any disclosures that have already made in reliance on my prior consent. CCHC provides this form to comply with the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) and Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act (HITECH).

CCHC providers and/or staff may contact me via phone, text or mail to discuss test results, confirm appointments or to obtain referral information.

Signature of Patient/Legal Representative: _____ **Date:** _____

If Legal Representative, relationship to Patient: _____ Date: _____

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 y/o el personal de CCHC pueden contactarme por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico para hablar de los resultados de los análisis, confirmar citas u obtener información sobre remisiones.

Firma del paciente o representante legal: _____

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