



RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Como custodios de la información en su historial médico, estamos comprometidos a proteger la privacidad de su información según lo requiere la ley, estándares de acreditación profesional y nuestras políticas y procedimientos internos.

Adjunto, encontrará una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Este aviso explica sus derechos, nuestras obligaciones legales y nuestras prácticas de privacidad. También describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede acceder a esta información. Por favor, revíselo con cuidado.

Para su conveniencia, a continuación, se presenta un resumen de la información discutida en el aviso.

- Nuestro Compromiso
- Su Información Personal
- Nuestras Prácticas de Privacidad
- Su Permiso Escrito
- Otras Restricciones
- Sus Derechos
- Cambios
- Preguntas o Quejas
- Cómo podemos usar o compartir su información para:
 - Tratamiento
 - Pago
 - Operaciones de Atención Médica
 - Notificaciones
 - Marketing
 - Investigación
 - Circunstancias Especiales y la Ley

Comprenda que este resumen no es nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, ni es un sustituto del aviso. La notificación real debería habersele entregado, como lo exige la ley, con esta carta de presentación. Si no fue así, por favor, contacte a nuestro gerente de oficina en la dirección o número de teléfono mostrado en la parte superior de esta página para recibir su copia.

Su firma solo reconoce que le hemos proporcionado una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad según lo requerido por la ley. La ley también nos exige documentar el hecho de que hemos distribuido el aviso recolectando y reteniendo estos reconocimientos firmados.

FTOC - TUSTIN, se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en el aviso. No será penalizado ni sufrirá represalias por presentar una queja, y puede contactar a nuestro gerente de oficina para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad.

Por la presente reconozco haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad y la oportunidad de revisarlo.

Firma del paciente, padre, madre o tutor, según corresponda.