

## **RECONOCIMIENTO DE LA RECEPCIÓN DE NOTICE DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Como parte de mi atención médica, **Spine and Sport Physical Therapy of Waupaca (SSPT)** crea y almacena información sobre mí. Esto incluye registros relacionados con mi historial de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas y planes para la atención futura.

Entiendo que esta información sirve como base para mi atención continua. Entiendo que esta información se utiliza como un medio de comunicación entre el personal de SSPT y con el personal médico fuera de esta práctica. Entiendo que esta información sirve como fuente de información para aplicar mis diagnósticos e información quirúrgica a mi factura.

Entiendo que esta información es una forma de que las compañías de seguros de terceros se aseguren de que un servicio por el que facturamos realmente se realizó.

Entiendo que esta información se puede utilizar como una herramienta para evaluar la calidad de la atención brindada a los pacientes. Se me ha brindado la oportunidad de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad para SSPT que proporciona una revisión más completa de los usos y divulgaciones de la información. Entiendo que tengo derecho a revisar este Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento.

Entiendo que SSPT puede cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento y que una copia actualizada estará disponible para mi inspección durante el horario comercial regular de cada consultorio médico y en la oficina central de facturación.

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo se puede divulgar mi información para llevar a cabo el tratamiento, el pago u otras operaciones de atención médica y que SSPT no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas. El procedimiento para solicitar la restricción en el uso y divulgación de información se encuentra en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Autorizo el contacto de esta oficina para confirmar mis citas, discutir el tratamiento y la información de facturación a través de mi casa o teléfono celular, mensaje de texto y/o correo electrónico.

**Reconozco que se me ofreció una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Spine and Sport Physical Therapy of Waupaca y acepto las limitaciones de responsabilidad explicadas en el mismo.**

### **Lista de personas que pueden obtener información médica:**

- Cónyuge \_\_\_\_\_
- hijos \_\_\_\_\_
- Padre \_\_\_\_\_
- Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente

Fecha de entrada en vigor 14 de abril de 2003- Fecha revisada 15 de agosto de 2024