

Usted puede rechazar a firmar este reconocimiento y autorización. Al rechazar, puede que no se nos permita procesar su reclamación de seguros médico.

La ley del Seguro de Salud y Rendición de Cuentas ("HIPAA") nos obliga a proporcionarle un aviso sobre nuestras prácticas de privacidad. El aviso de privacidad incluye nuestras pólizas en cuanto a revisar, modificar y/o copiar su información de salud protegida ("PHI").

Nuestra meta es proteger su privacidad, y le animamos a leer el aviso de nuestras prácticas de privacidad.

la persona nombrada abajo reconoce haber revisado la copia más actualizada de nuestro aviso de prácticas de privacidad, y una copia se le fue ofrecida..

Una copia de este documento firmado y con una fecha será tan efectiva como la original. Al firmar esta forma de Reconocimiento de las Practicas de Privacidad, reconozco y autorizo que este médico puede recomendar productos o servicios para promover el mejoramiento de mi salud. Este médico puede o no puede recibir remuneración de tercera parta de las entidades afiliadas. Bajo la actual regla de Omnibus de HIPAA, proveemos esta información con su conocimiento y consentimiento.

Adelante Healthcare puede comunicarse conmigo sobre servicios especiales, eventos, recaudación de fondos o información de salud nueva o servicios. Podemos hacer que su información esté disponible electrónicamente a través de un intercambio electrónico de información de salud ("HIE", por sus siglas en inglés) a otros proveedores de atención médica y planes de salud que soliciten su información para fines de tratamiento y pago. Si no deseo recibir estas comunicaciones–necesito notificar al Oficial de Privacidad por correo al 3033 N. Central Ave. Ste. 145, Phoenix, AZ 85012 o por correo electrónico a [privacyofficer@adelantehealthcare.com](mailto:privacyofficer@adelantehealthcare.com)

Los derechos y responsabilidades de los pacientes de Adelante Healthcare me fueron otorgados y tuve la oportunidad de que me los leyeran o interpretaran en mi idioma preferido. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y entiendo mis derechos y responsabilidades como paciente de Adelante Healthcare.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Favor de Escribir su Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma de Consentimiento del Padre o Tutor (Si tiene menos de 18 años de edad)

\_\_\_\_\_  
Representante Legal [Su es aplicable]

\_\_\_\_\_  
Descripción de Autoridad

Su comentario o petición especial con respecto al Reconocimiento o consentimientos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

This form is required to be scanned to the patient chart.