



## Centro de Salud Comunitario Serve the People (STP CHC)

### Formulario de Reconocimiento de Nuestro Aviso de Practicas de Privacidad

<b>Nombre del Paciente:</b>		<b>Fecha de Nacimiento:</b>	
---------------------------------	--	---------------------------------	--

Estamos comprometidos a proteger su información médica personal conforme la ley. El Aviso de Practicas de Privacidad establece lo siguiente:

- Nuestra obligación ante la ley con respecto a su información médica personal.
- Como podemos usar y divulgar la información de salud que guardamos sobre usted.
- Sus derechos relacionados con su información personal de salud.
- Nuestros derechos para cambiar nuestro Aviso de Practicas de Privacidad.
- Como presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.
- Las condiciones que se aplican a los usos y divulgaciones no descritos en este aviso.
- La persona con la que debe ponerse en contacto para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad.

Estamos obligados por la ley informarle de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y obtener su reconocimiento por escrito. Si desea recibir una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, informe al personal y ellos le darán una copia impresa.

También puede ver nuestro Aviso de Practicas de Privacidad yendo a <https://serve-the-people.com/> y haciendo clic en el enlace “Notice of Privacy – Spanish” ubicado en la parte inferior de la página.

#### Reconocimiento de recibo del Paciente

Al firmar a continuación, reconozco que estoy al tanto del Aviso de Practicas de Privacidad de STP CHC. Este formulario de reconocimiento es válido indefinidamente. Solo será necesario volver a firmarlo si la clínica actualiza sus prácticas de privacidad.

<b>Firma del Paciente / Padre / Tutor / Representante Legal</b>	<b>Si corresponde, relación con el paciente</b>
Si corresponde, descripción de la autoridad legal para actuar en nombre del paciente	<b>Fecha (MM/DD/AAAA)</b>