

CLÍNICA CLIFFORD BEERS
93 EDWARDS ST.
NEW HAVEN, CT 06511
203-772-1270

**Notificación de Prácticas de Privacidad
Reconocimiento del Cliente**

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

He recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad de esta clínica escrita en un lenguaje sencillo. La Notificación provee en detalle los usos y revelaciones de la información protegida de mi estado de salud que puede ser realizado por esta clínica, mis derechos individuales y los deberes legales de la clínica con respecto a la información de salud protegida. La Notificación incluye:

- Una declaración que esta clínica se encuentra requerida por ley a mantener la información de salud protegida.
- Una declaración que esta clínica se encuentra requerida a cumplir los términos de la notificación actualmente en efecto.
- Tipos de usos y revelaciones que esta clínica está permitida de realizar para cada uno de los siguientes propósitos: tratamiento, pago y operaciones de atención de salud.
- Una descripción de cada uno de otros propósitos por cual esta clínica está permitida o requerida a usar o revelar la información médica protegida sin mi consentimiento o autorización por escrito.
- Una descripción de usos y revelaciones que están prohibidas o materialmente restringidas por ley.
- Una descripción de usos y revelaciones que pueden ser sólo realizado con mi autorización por escrito y que yo pueda revocar dicha autorización.
- Mis derechos individuales con respecto a la información de salud protegida y una breve descripción de cómo yo puedo ejercer estos derechos en relación a:
 - El derecho a quejarse ante esta clínica y ante la Secretaría de HHS si considero que mis derechos de privacidad han sido violados, y ninguna acción de represalia pueda ser usada en mi contra en caso proceda con dicha queja.
 - El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y revelaciones de mi información protegida de salud, además la clínica no está obligada a aceptar la restricción solicitada.
 - El derecho a recibir comunicaciones confidenciales de información protegida de salud.
 - El derecho a inspeccionar y copiar información protegida de salud.
 - El derecho a enmendar información protegida de salud.
 - El derecho a recibir un listado de revelaciones de información protegida de salud.
 - El derecho a obtener una copia en papel de la Notificación de Prácticas de Privacidad de parte de la clínica y a pedido.

La clínica se reserva el derecho de modificar los términos de la Notificación de Prácticas de Privacidad e introducir nuevas provisiones aplicables a toda información protegida de salud que mantenga. Declaro comprender que puedo obtener la actual Notificación de Prácticas de Privacidad de esta clínica a pedido.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el cliente (si es firmado por un representante personal del cliente): _____