



Agencia de Servicios de Salud del Condado de Santa Cruz

Verificación por Parte del Paciente de Haber Recibido la Notificación de las Practicas de la Privacidad

La agencia de servicios de salud del condado de Santa Cruz sostiene que su derecho a la privacidad personal y la privacidad de su familia es un asunto sumamente importante. Al proporcionarle tratamiento a usted o a un miembro de su familia, puede ser necesario reunir información médica protegida de tipo privado y/o personal. Tomamos seriamente nuestra obligación de proteger la divulgación de esta información sin el consentimiento de usted.

Nuestra notificación de practicas de la privacidad le proporciona información sobre como podríamos utilizar y revelar información médica protegida sobre usted o algún miembro familiar suyo, para tratamiento, pago o de procedimientos de cuidado de salud. También describe otras situaciones donde podríamos revelar o estar obligados a revelar información médica protegida sobre usted. Tiene el derecho de examinar nuestras practicas de la privacidad antes de firmar este documento de verificación. Como es proporcionado en nuestra notificación, los términos de esta podrán ser modificadas. Si modificamos nuestra notificación, puede obtener una copia modificada de la siguiente manera: 1) Visitando nuestra pagina web en el www.santacruzhealth.org; 2) llamando a la oficina y pidiendo que una copia modificada le sea mandada atraves del su correo; o 3) pidiendola cuando tenga su próxima cita.

Al firmar este documento, usted verifica haber recibido la notificación de practicas de la privacidad del condado de Santa Cruz.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente o
De su representante: _____ Fecha: _____

Si el paciente no firma o se niega a firmar su documento de verificación, coloque aquí las circunstancias, firme y ponga la fecha:

Miembro del personal: _____ Fecha: _____