

CONFIRMACION DE RECIBO DE LA NOTIFICACION SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE PROTECCION DE LA INFORMACION PRIVADA

Confirmando haber recibido la Notificación sobre el Procedimiento de Protección de la Información Privada (Notificación) de Tri County Pediatrics (TCP):

- La Notificación informa sobre cómo TCP va a utilizar mi información médica para determinar mi tratamiento, el pago de dicho tratamiento y para realizar todas las actividades relacionadas con el cuidado médico ofrecido por TCP.
- La Notificación explica detalladamente, cómo TCP puede utilizar y compartir mi información médica para otros asuntos además del tratamiento médico, pago y demás actividades de cuidado médico de TCP.
- TCP usará y compartirá mi información médica como lo permita y/o requiere la ley.
- Si soy estudiante de TCP que recibe los servicios médicos estudiantiles, consiento que TCP use y divulgue mi historial médico y expediente académico con los propósitos que se detallan en la Notificación sobre el Procedimiento de Protección de la Información Privada de TCP.

Nombre legal completo del paciente: \_\_\_\_\_  
(Escriba con letra de imprenta, por favor)

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
(Del paciente o del representante legal \*)

\*Puede pedirse prueba de la representación