

# Reconocimiento de la Notificación de Prácticas Privadas

Entiendo que la Clínica Pediátrica de Salem utilizará y revelará información médica sobre este paciente. Entiendo que la información médica puede incluir información creada o recibida por la clínica, sean palabras escritas, electrónicas o habladas. La información médica puede incluir historia médica, estado médico, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, prescripciones e información médica similar.

Entiendo y acepto que la clínica puede utilizar y revelar esta información médica para:

- Tomar decisiones sobre y planear para cuidado y tratamiento.
- Referir a, consultar con, coordinar y manejar cuidado y tratamiento con otros proveedores de cuidado de la salud.
- Determinar elegibilidad para cobertura de plan de salud o seguros; someter cuentas o declaraciones y otra información relacionada a compañías de seguros u otros que son responsables por pagar una porción del cuidado de la salud.
- Llevar a cabo varias funciones de la oficina, administrativas o del negocio que apoyan los esfuerzos del doctor para proveer u ordenar cuidado médico para el paciente y recibir reembolso para ese cuidado.
- Estas directrices son revelaciones para tratamiento, pago y operaciones del cuidado de la salud.

Entiendo que tengo el derecho de recibir y revisar una descripción escrita de cómo la clínica tratará la información médica de este paciente. Esta descripción escrita se llama una **Notificación de Prácticas Privadas**.

Entiendo que la **Notificación de Prácticas Privadas** puede ser revisada y que tengo el derecho de recibir una copia de cualesquiera revisiones. También entiendo que una copia de la versión actual será disponible en la recepción.

Entiendo que tengo el derecho de pedir que parte de o toda la información médica de este paciente no sea utilizada o revelada en la manera descrita en la **Notificación de Prácticas Privadas**. Entiendo que la clínica no es requerido por la ley aceptar tales peticiones.

AL FIRMAR ABAJO, ENTIENDO QUE HE REVISADO Y ENTIENDO LA INFORMACIÓN ARRIBA Y QUE HE RECIBIDO UNA COPIA DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS PRIVADAS.

Firmado por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Nombre en letras de molde \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente \_\_\_\_\_



**Salem Pediatric Clinic**  
 La Clínica Pediátrica de Salem

2478 13th Street SE  
 Salem, Oregon 97302  
 503-362-2481 · Phone  
 503-371-7803 · Fax  
 SalemPediatricClinic.com