

Nombre de Paciente

Fecha de Nacimiento

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LA NOTIFICACION DE PRIVACIA
DE "FAMILY FIRST HEALTH"**

Esta forma es la confirmación del recibo de la Notificación de la Privacía Privada de "Family First Health".

Yo reconosco que he recibido una copia de la Notificación de la Privacía Privada (notificación) de "Family First Health".

Yo reconosco que he recibido una copia de la Notificación al momento que yo recibí servicios por un proveedor.

Si tengo preguntas concerniente a esta Notificación, yo puedo comunicarme con mi proveedor y preguntar por el Oficial de Privacía localizado en el **116 South George Street, Suite 301, York, PA 17401 o llamando al 717-801-4806.**

1. Mi información de salud identificable puede ser usada y divulgada para tratamiento, pagos u operaciones de cuidado de salud.

a. Yo, autorizo a Family First Health a desatar informacion protegido de mi salud a los siguientes individuos:

Nombre

Parentesco

Nombre

Parentesco

2. La Notificación de Privacía Privada provee una descripción más completa de los tipos de usos y divulgaciones. Yo tengo el derecho de requerir una copia de la Notificación de mi Proveedor.

3. Los términos de la notificación pueden cambiar en cualquier momento. Si la notificación es cambiada, Yo debo contactar al Oficial de Privacía identificado arriba para requerir una notificación.

Firma del Paciente o Representante: _____ Fecha _____

Nombre en letra de molde del representante: _____

Relación con el paciente _____ Padre _____ Encargado Legal _____ Custodiante Legal

"Family First Health" mantendra esta Notificación y Reconocimiento por seis (6) años de la fecha en que fue firmada.