



# AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Honor Community Health puede usar y divulgar mi información médica protegida (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones (TPO). Por la presente, reconozco que me han ofrecido o que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad de Honor Community Health y que puedo obtener una copia de este Aviso en cualquier momento, y que también hay una copia del Aviso publicada en el centro de salud.

Honor Community Health se reserva el derecho de revisar el Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Para obtener un Aviso de prácticas de privacidad revisado, envíe una solicitud por escrito a Honor Community Health al 461 W. Huron, Pontiac, MI 48341-1601.

Con mi consentimiento, Honor Community Health puede usar la información de contacto que brindé para llamar a mi casa u otro lugar designado y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude al centro médico a llevar a cabo el TPO, como recordatorios de citas, elementos del seguro y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, como los resultados de laboratorio, entre otros.

Honor Community Health puede enviar por correo a mi casa o a otro lugar designado cualquier artículo que ayude al centro médico a llevar a cabo el TPO, como tarjetas de recordatorio de citas y estados de cuenta del paciente, siempre y cuando los marquen como "Personal y confidencial".

Honor Community Health puede enviarme correos electrónicos o mensajes de texto con recordatorios de citas y estados de cuenta. Tengo derecho a solicitar que Honor Community Health restrinja cómo usa o divulga mi PHI para llevar a cabo el TPO. Sin embargo, el centro de salud no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero, si lo hace, queda vinculado por este acuerdo.

Doy mi consentimiento para que las personas que se mencionan a continuación tengan acceso a toda mi información médica personal (PHI). También autorizo a Honor Community Health a hablar sobre mi PHI con las personas que se mencionan a continuación:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Autorizo a la persona que se menciona a continuación para que lleve a mis hijos a sus citas de atención médica y retire los medicamentos de la farmacia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

**EN LETRA DE IMPRENTA:** Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

**FIRMA** del paciente o del tutor legal del paciente \_\_\_\_\_

*Nombre del tutor legal del paciente en letra de imprenta (si corresponde)* \_\_\_\_\_