

NOTIFICACIÓN DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Reconocimiento de Recibo

RECONOCIMIENTO DE RECIBO

Entiendo que el Aviso sobre Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo el Condado de Orange puede usar y divulgar su información médica y cómo puedo acceder y ejercer mis derechos con respecto a mi información médica.

A menos que lo exija la ley o se especifique en una excepción de bloqueo de información, OC Health Care Agency no participa en prácticas que interfieran con el acceso, el intercambio o el uso de su información médica electrónica.

Nuestra *Notificación de Prácticas de Privacidad* pudiese cambiar. Si llegase a cambiar, usted puede recibir una nueva copia a través de La página de Internet: <http://ochealthinfo.com/about/admin/hipaa/npp> o al contactar al Oficina de Cumplimiento al (714) 568-5614 o Oficial de Privacidad de la Agencia del Cuidado de Salud del Condado al número de teléfono (714) 834-4082.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de nuestra *Notificación de Prácticas de Privacidad*, por favor contacte al Oficina de Cumplimiento al (714) 568-5614 o Oficial de Privacidad de la Agencia del Cuidado de Salud del Condado al número de teléfono (714) 834-4082.

Yo reconozco que recibí la *Notificación de Prácticas de Privacidad* del Condado de Orange.

Imprima Su Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____
(paciente/padre/conservador/guardián)

Si usted no es el cliente, pero firma en nombre de un cliente, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal del cliente:: _____

Relación con el Cliente:: _____

Intercambio de Información Médica OPT-IN (a menos que la divulgación sea requerida por ley)

Un Intercambio de Información Médica (HIE, por sus siglas en Inglés) nos permite compartir su información electrónicamente con otros proveedores de atención médica fuera de nuestras instalaciones que participan en su atención. Si desea participar en este proceso, compartiremos su información con sus proveedores participantes según sea necesario para el tratamiento. Si desea excluirse de este proceso en cualquier momento después de haber elegido participar, comuníquese con su proveedor.

Si decide participar, debe escribir las iniciales del cliente o del representante del cliente en el cuadro que aparece a continuación.

☐	El paciente/Cliente ha elegido OPT-IN .
--------------------------	--

Si el cliente ha elegido participar en el HIE, es necesario completar la Autorización para Usar y Divulgar (ATD) para compartir la PHI en el HIE.

INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT

To be completed only if signature is not obtained. Please check the box that best applies.

☐

Declined to sign

☐

Other reason. Please describe the good faith efforts made to obtain the patient's/client's acknowledgement, and the reasons why the acknowledgement was not obtained below:

Print Name: _____ Date: _____

Signature: _____
(County Clinic/Office Staff)