

# Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de Oregon Medical Group



Entiendo que, como parte de mi atención médica, Oregon Medical Group usará y divulgará información de salud sobre mí.

Entiendo que mi información de salud puede incluir información creada y recibida por Oregon Medical Group, que puede encontrarse en forma de expedientes escritos o electrónicos, de palabras habladas o de otros medios, y que puede incluir información que puede usarse para identificarme y que se relaciona con mi historial de salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas y tipos similares de información relacionada con la salud.

Patient Label

Entiendo que Oregon Medical Group tiene derecho a usar y divulgar mi información de salud para:

- tomar decisiones sobre mi atención y tratamientos, y planificarlos;
- referirme a otros proveedores de atención médica y consultar con ellos, coordinar con ellos y manejar mi atención y tratamiento con ellos;
- determinar mi elegibilidad para el plan de salud o la cobertura de seguro, y presentar facturas, reclamos y otra información relacionada a las compañías de seguros, garantes u otras partes que puedan ser responsables de pagar por una parte o toda mi atención médica; y
- operar nuestro negocio.

Entiendo que tengo derecho a recibir y revisar un aviso por escrito sobre cómo Oregon Medical Group manejará mi información de salud. Este aviso por escrito, conocido como Aviso de Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices, NPP), describe los usos y las divulgaciones de la información de salud, las prácticas de privacidad de la información de salud seguidas por Oregon Medical Group y mis derechos con respecto a mi información de salud.

Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad puede modificarse ocasionalmente y que tengo derecho a recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad modificado. También entiendo que se publicará una copia o un resumen de la versión más actualizada del Aviso de Prácticas de Privacidad de Oregon Medical Group en las clínicas de Oregon Medical Group, y en el sitio web de Oregon Medical Group: [www.OregonMedicalGroup.com](http://www.OregonMedicalGroup.com).

Entiendo que tengo derecho a solicitar que se restrinjan los usos o divulgaciones de mi información de salud para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, o a mis familiares u otras personas que participen en mi atención o paguen por ella.

Entiendo que Oregon Medical Group, no está obligado a aceptar las restricciones que yo pueda solicitar, excepto por ciertas divulgaciones a los planes de salud cuando yo, u otra persona en mi nombre, haya pagado por el servicio en su totalidad.

**Reconozco que recibí o se me ofreció una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Oregon Medical Group.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor/representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en letra imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente Date of Birth