

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida sobre usted. El anuncio contiene una sección que describe sus derechos bajo la ley. Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina al (925) 201-6211 o visitando nuestro sitio web en www.axishealth.org.

Usted tiene el derecho de pedir que limitemos cómo se utiliza o divulga la información protegida acerca de usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a acceder a esta restricción, pero si lo hacemos, vamos a honrar ese acuerdo.

Al firmar este formulario usted da su consentimiento a nuestro uso y divulgación de información de salud protegida sobre usted para tratamiento, pago y atención médica. Usted tiene el derecho de revocar el consentimiento por escrito, firmada por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna revelación que ya hemos hecho en dependencia de su consentimiento previo. Axis Community Health proporciona esta forma para cumplir con la Portabilidad del Seguro de Salud y Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA) y otras leyes estatales y federales relacionadas con la protección del PHI.

Ustedes los firmantes entienden que:

- Toda información médica puede ser divulgada o utilizada para el tratamiento, pago, operaciones de cuidado de salud, o de lo requerido por la ley.
- Axis Community Health tiene un Aviso de prácticas de privacidad y que usted ha tenido la oportunidad de revisar este aviso antes de firmar este reconocimiento.
- Axis Community Health se reserva el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- El participante tiene derecho a solicitar restricciones a los usos de la información, sino Axis Community Health no tiene por qué estar de acuerdo con dichas restricciones.
- El participante puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y revelaciones completo luego cesar.
- Axis Community Health podrá condicionar la recepción de tratamiento sobre la ejecución de este acuerdo.

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. Además, entiendo que puedo solicitar una copia adicional si se da el caso y puedo contactar al Oficial de Privacidad al (925) 201-6211 si tengo preguntas o inquietudes.