

Entiendo que MediCorp Health System y sus Afiliadas relacionadas (las "Instalaciones") pueden usar y divulgar mi información de salud protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También reconozco que he recibido, me han ofrecido o he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad para las Instalaciones, el que proporciona información sobre la forma en la que las Instalaciones y los individuos involucrados en mi atención en las Instalaciones pueden usar y divulgar mi información de salud protegida. Tal como se prevé en este Aviso, los términos del Aviso pueden cambiar. Para obtener una copia del Aviso actual, póngase en contacto con el Funcionario de privacidad al 1-800-442-8762.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar que las Instalaciones limiten la forma en la que mi información de salud protegida se usa o divulga con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, pero también entiendo que las Instalaciones no están obligadas a estar de acuerdo con la restricción solicitada. Sin embargo, si las Instalaciones lo acuerdan, estarán obligadas por dicho acuerdo.

Paciente o sustituto legal

Patient or Legal Surrogate

Fecha

Date

RO5810



**MediCorp
Health System**

**Reconocimiento de uso y divulgación de
información de salud protegida**

**Acknowledgement Use and Disclosure of
Protected Health Information**

SR-1089-MHS – Revision 6/2008

White Copy: MEDICAL RECORDS, Yellow Copy: Patient

PATIENT IDENTIFICATION
1 1/4" X 3"