



North Marin Internal Medicine
MARIN HEALTHCARE DISTRICT

Aviso de Formulario de Reconocimiento de las Prácticas de Privacidad

[North Marin Internal Medicine](#)
[165 Rowland Way, Suite 201](#)
[Novato, CA 94945](#)

Entiendo que, en virtud del Acta de 1998 del Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad ("HIPAA"), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será usada para:

- Conducir, planear y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de salud que puedan estar involucrados en que el tratamiento directamente y indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Llevar a cabo las operaciones normales de la salud, tales como evaluaciones de la calidad y el médico certificaciones.

Reconozco que he recibido la Notificación de Prácticas conteniendo una descripción completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en tiempo y que puedo contactar a esta organización en todo momento a la dirección anterior para obtener una copia actual del Aviso de prácticas de privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo mi información privada se usa o se revela para realizar el tratamiento, pago o operaciones de cuidado de la salud. También entiendo que no están obligados a aceptar mis restricciones solicitados, pero si no está de acuerdo, entonces están obligados a cumplir con tales restricciones.

Nombre del paciente _____

Relación con el Paciente _____

Firma _____ Fecha _____

OFFICE USE ONLY

I attempted to obtain the patient's signature in acknowledgment on the Notice of Privacy Practices Acknowledgment, but was unable to do so as documented below:

Date: _____ Initials: _____ Reason: _____