



Agencia de Servicios de Salud del Condado de Santa Cruz

Verificación por Parte del Paciente de Haber Recibido la Notificación de las Practicas de Privacidad

La agencia de servicios de salud del condado de Santa Cruz reconoce que su derecho a la privacidad personal y la privacidad de su familia es importante. Al proporcionarle tratamiento a usted o a un miembro de su familia, puede ser necesario reunir información médica protegida de tipo privado y/o personal. Tomamos seriamente nuestra obligación de proteger la divulgación de esta información sin el consentimiento de usted.

Nuestra Notificación de Practicas de Privacidad proporciona información sobre como podríamos utilizar y revelar información médica protegida sobre usted o algún un miembro de su familia, para tratamiento, pagos, o de operaciones de cuidado de la salud. También describe otras situaciones donde podríamos revelar o estar obligados a revelar información médica protegida sobre usted. Tiene el derecho de examinar nuestras practicas de la privacidad antes de firmar este documento de verificación.

[Nuestra Notificación de Practicas de Privacidad](#)

Como es proporcionado en nuestra notificación, los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si modificamos nuestra notificación, puede obtener una copia modificada de la siguiente manera: 1) [Visitando nuestra pagina web](#); o 2) llamando a la oficina y pidiendo que una copia modificada sea mandada por correo; o 3) pidiendo una copia modificada cuando tenga su próxima cita.

Al firmar este documento, usted verifica haber recibido la notificación de practicas de la privacidad del condado de Santa Cruz.

Nombre del Cliente: _____

Firma del Cliente _____ **Fecha** _____

Firma de Padre, Madre o Tutor legal _____ **Fecha** _____