



1HIPAA

Yo certifico que he recibido el **Aviso de las prácticas de privacidad** de Inova y que tengo derecho a recibir una copia adicional si la solicito. Este Aviso describe el tipo de usos y divulgaciones de mi información protegida sobre la salud que puedan ocurrir durante mi tratamiento para facilitar el pago de mis cuentas, o durante el desempeño de las funciones de atención de médica en Inova. El Aviso también describe mis derechos y las obligaciones por parte de Inova respecto a la información protegida sobre mi salud. Entiendo que se encuentran disponibles copias del **Aviso de las prácticas de privacidad** en las áreas de admisión y registro en toda instalación y la página web de Inova en www.inova.org. Puedo solicitar que me envíen una copia por correo si llamo al: **703-204-3342**.

Inova se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que están descritas en el **Aviso de las prácticas de privacidad**. Puedo obtener el **Aviso de las prácticas de privacidad** revisado si llamo al teléfono anteriormente mencionado y solicito que me envíen por correo una copia revisada, o si solicito una copia en mi próxima cita o a través de la página web de Inova que se menciona arriba para leer la última versión actualizada.

Firma del paciente o del representante personal

Patient or Personal Representative (signature)

Fecha (Date)

Hora (Time)

Nombre del paciente o del representante personal en letra de imprenta

Patient or Personal Representative (print name)

Descripción de la autoridad del representante personal

Description of the Personal Representative's Authority

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Medical Record # _____

Gender: Male Female

Inova
Reconocimiento de recibo del Aviso de las prácticas de privacidad

Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices – Spanish

CAT # 84498SP/R071516 • PKGS OF 100

