

**DIGESTIVE DISEASE CONSULTANTS, P.A.**  
623 Maitland Ave., Suite 2200, Altamonte Springs, FL 32701

**RECONOCIMIENTO DE NOTIFICACION SOBRE PRACTICA DE PRIVACIDAD**

Entiendo que, bajo el Acto de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Medicos de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos con respecto a mi proteccion de mi historial medico. Entiendo que esta informacion puede y sera usada para:

- Manejar, planear y dirigir mi tratamiento y atencion medica entre los multiple proveedores de servicios medicos que puedan estar implicados en mi tratamiento de modo directo e indirecto.
- Obtener pagos adicionales de otras entidades responsables.
- Conducir operaciones rutinarias en el campo medico tales como evaluaciones de calidad y certificacion de medicos.

He recibido, leído y entiendo que La Practica de Privacidad contiene una descripcion completa del uso y acceso de mi historial medico. Entiendo que esta organizacion tiene el derecho de cambiar el contenido de La Practica de Privacidad de vez en cuando y que tengo el derecho de comunicarme con esta organizacion en cualquier momento para obtener una copia actualizada de la misma.

Entiendo que puedo solicitar por escrito de que forma mi informacion privada es usada o compartida para fines de tratamiento o pago de servicios medicos adicionales. Tambie entiendo que no es requerido que ustedes esten de acuerdo con mis restricciones solicitadas, pero de asi hercerlo, ustedes estaran bajo obligacion de atenerse a tales restricciones.

\_\_\_\_\_ **Nombre del paciente en letra de molde**

\_\_\_\_\_ **Firma del paciente**

\_\_\_\_\_ **Date**

<b>Si el paciente no puede firmar:</b>	
Nombre del que representa al paciente _____	
Firma del que representa al paciente _____	Date _____

\*\*\*\*\*

**PARA USO OFICIAL**

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

Date:	Initials:	Reason:
-------	-----------	---------