United Community Health Center
Centro de Salud

About Our Notice of Privacy Practices

We are committed to protecting your personal health information in compliance with the law. The attached Notice of Privacy Practices states:

- our obligation under the law with respect to your personal health information.
- how we may use and disclose the health information that we keep about you
- your rights relating to your personal health information
- our rights to change our Notice of Privacy Practices
- how to file a complaint if you believe your privacy rights have been violated
- the conditions that apply to uses and disclosures not described in this Notice
- the person to contact for further information about our privacy practices

We are required to offer you a copy of this notice and to obtain your written acknowledgement that you have received this offer.

Patient Acknowledgement of Receipt

_____ _____ _____
Patient Name Date Medical Record Number

I hereby acknowledge that I have been offered a copy of the Notice of Privacy Practices

_____ _____
Patient Signature Date

_____ _____
Signature of Parent or Patient Representative (if applicable) Date

_____
Description of Legal Authority to Act on Behalf of Patient

United Community Health Center
Centro de Salud

Sobre Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad

Estamos dedicados a proteger su información médica para cumplir con la ley. El Aviso de Prácticas de Privacidad establece:

- nuestra obligación bajo la ley con respeto a su información personal de salud
- cómo podemos utilizar y divulgar la información médica que tenemos
- sus derechos relacionados con su información personal de salud
- nuestros derechos a cambiar nuestro Aviso de Práticas de Privacidad
- cómo registrar una queja si Ud. cree que sus derechos de privacidad han sido violados
- las condiciones que se aplican a usos y revalaciones no describidos en este Aviso
- la persona con quien hablar para más información sobre nuestras prácticas de privacidad

Estamos obligados a ofrecerle una copia de este aviso y obtener su declaración escrita que ha recibido esta oferta.

Declaración de Recibo del Paciente

_____ _____ _____
Nombre del paciente Fecha Número de Historial Clínico

Yo declaro que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad

_____ _____
Firma del paciente Fecha

_____ _____
Firma del Padre o Representante Personal Fecha

_____
Descripción de la Autoridad Legal a Actuar en Nombre del Paciente