



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

NORTHEAST HEALTH DISTRICT Aviso de Prácticas de Privacidad

El Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida. Le animamos a que lo revise con cuidado. Podemos compartir su información protegida de las siguientes maneras: con profesionales de la salud que contribuyen a su tratamiento; para evaluar y mejorar el tratamiento proporcionado por el Departamento de Salud; para propósitos de facturación cuando sea apropiado; para recordatorios de citas y llamadas de seguimiento; como documentación legal que describe el (los) servicio (s) y / o tratamiento (s) que recibió; a proveedores contratados que brindan servicios específicos para el Departamento de Salud y usan información para actividades de salud; para obtener una fuente de datos para los informes requeridos para fondos estatales y federales. Puede encontrar una explicación más detallada de estos usos de su información de salud protegida en el Aviso de prácticas de privacidad.

PREFERENCIAS DE CONTACTO - Especifique al menos un método de contacto

Teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Móvil - Voz y Texto <input type="checkbox"/> Móvil - Sólo Voz <input type="checkbox"/> Móvil - Sólo Texto	Email: <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Comunicación escrita a mi dirección de correo <input type="checkbox"/> Puede contactarme a través de la enfermera de la escuela. Nombre de la escuela: _____ <input type="checkbox"/> NO me contactes
--	---	---

NOTA: Sus deseos se tomarán en consideración cuando intentemos comunicarnos con usted; sin embargo, le informamos que es nuestra obligación legal contactarlo con respecto a resultados de laboratorio anormales o sospechosos. Si no proporciona información de contacto precisa o si no responde a los intentos de contacto, se pueden producir graves consecuencias para su salud.

Al firmar este formulario, usted reconoce que ha visto y se le ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de este Departamento de Salud del Condado y que ha proporcionado información de contacto y preferencias precisas o que ha especificado que no desea que lo contactemos.

Apellido del cliente: _____ Nombre del cliente: _____

Información del representante del cliente (si está firmando para el cliente):

Apellido: _____ Nombre de pila: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el cliente: _____ Carrera: _____ Sexo: _____

Firma del cliente / representante: _____ Fecha: _____

STAFF USE ONLY

The client has been given the Notice of Privacy Practices, but refused to sign the acknowledgement of receipt.

Employee Last Name: _____ Employee First Name: _____

Employee Signature: _____ Date: _____