

MedNorth Health Center

Aviso sobre nuestra póliza

Nosotros estamos comprometidos en proteger la información personal sobre su salud en conformidad de lo que establece la ley.

La siguiente información establece cuales son la póliza según el estado:

- Nuestra obligación según las leyes es respetar la información personal sobre su salud.
- La manera en que podemos utilizar y divulgar la información que guardamos de usted.
- Usted tiene el derecho sobre su información personal de salud.
- Nosotros tenemos el derecho de cambiar la póliza sobre privacidad.
- Como poder hacer una queja si cree que se ha violado su privacidad.
- Las condiciones que se aplican a las solicitudes y a los accesos no descritos en este documento.
- La persona designada como contacto para proveer información adicional.

Es nuestra póliza suministrarle una copia de este documento y requerimos su firma para demostrar que lo hemos hecho.

Reconocimiento del paciente de haber recibido la información

Yo, _____, reconozco por este medio que he recibido una copia sobre la información de la póliza de privacidad.

Firma del paciente

Fecha

Firma del representante o pariente (si es menor de edad)

Fecha

Descripción de la autoridad legal a actuar a nombre de paciente