

Garner, Cuervo y Asociados  
6130 Oxon Hill Road, Suite 203  
Oxon Hill, Maryland 20745  
301-839-4200

## Reconocimiento de Recibo de la Declaración de Prácticas de Privacidad

Yo reconozco que he recibido una copia de la Declaración de Prácticas de Privacidad para las oficinas Garner, Cuervo y Asociados. La Declaración de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y revelaciones de mi información de salud protegida que pudieran ocurrir en mi tratamiento, pago de servicios, o en el desarrollo de operaciones del cuidado de la salud de la oficina. La Declaración de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos, responsabilidades y obligaciones de la oficina cargo con respecto a la protección de mi información de salud. La Declaración de Prácticas de Privacidad también está publicada en la oficina dental.

Garner, Cuervo y Asociados se reservan el derecho de cambiar las Prácticas de Privacidad que se describen en la Declaración de Prácticas de Privacidad. Si las Prácticas de Privacidad cambian, me ofrecerán una copia de dicha Declaración de Prácticas de Privacidad en el momento de la primera visita después de que los cambios entren en vigor. Yo también podré obtener una copia de la Declaración de Prácticas de Privacidad, solicitando se me envíe una por correo.

### Autorización de Revelación Adicional

Además de las revelaciones permisibles descritas en la Declaración de Prácticas de Privacidad, por la presente autorizo específicamente la revelación de mi información de salud protegida, como se indica a continuación:

CUALQUIER MIEMBRO DE MI FAMILIA INMEDIATA	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
ESPOSA/O	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
MENSAJES TELEFÓNICOS	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
COMPAÑEROS DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
AMIGO/A Ó ASOCIADO/A	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
OTRO: (ESPECIFIQUE)	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO

Si no marca en ninguna casilla individual no constituye permiso, consentimiento o autorización para divulgar mi información de salud personal. Cada artículo de la autorización debe ser firmado o reconocido de otra manera.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente o Representante Personal

X

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Descripción de Representante Personal  
(Padre, madre, etc.)