

THE VOICE AND SWALLOWING CENTER OF PUERTO RICO
CENTRO DE VOZ Y TRAGADO DE PUERTO RICO



Galeria San Patricio

Phone:

787-426-2554

Fax:

787-792-6299

E-Mail:

drlgiraldez@icloud.com

Web:

voicecenterpr.com

CERTIFICACION DE RECIBO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que bajo la ley de HIPAA, tengo ciertos derechos de privacidad de mi información de salud protegida. Con mi firma certifico que recibí o se me ha dado la oportunidad de recibir una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad (NPP) de la oficina y que consiento a la divulgación de mi información de salud según los propósitos descritos en la notificación.

También entiendo que la práctica tiene el derecho de cambiar o enmendar su Notificación de Prácticas de Privacidad que puedo comunicarme con la oficina en cualquier momento para obtener una copia actualizada.

Autorizo a las siguientes personas a tener acceso a mi información de salud y expediente médico:

CERTIFICATION OF RECEIPT OF PRIVACY PRACTICES

I understand that under HIPAA law, I have certain privacy rights for my protected health information. By my signature I certify that I have received or have been given the opportunity to receive a copy of the Office's Notice of Privacy Practices (NPP) and that I consent to the disclosure of my health information for the purposes described in the notice.

I also understand that the practice has the right to change or amend its Notice of Privacy Practices and that I can contact the office at any time to obtain an updated copy.

I authorize the following persons to have access to my health information and medical record:

| NOMBRE/NAME | PARENTESCO/RELATIONSHIP TO PATIENT |
|-------------|------------------------------------|
| | |
| | |
| | |

Nombre de Paciente/Patient Name

Fecha/Date

THE VOICE AND SWALLOWING CENTER OF PUERTO RICO
CENTRO DE VOZ Y TRAGADO DE PUERTO RICO



Galeria San Patricio

Phone:

787-426-2554

Fax:

787-792-6299

E-Mail:

drjgiraldez@icloud.com

Web:

voicecenterpr.com

Firma/Signature