

**Milton Hall Surgical Associates/ The Ear, Nose and Throat Institute**  
**Aviso de la Privacidad de la Práctica**

Reconozco que me han dado a conocer que Milton Hall Surgical Associates/ The Ear, Nose and Throat Institute tiene una Práctica de Privacidad en lugar de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA) y ha sido revisado de acuerdo a las nuevas directivas HIPAA que están en vigor a partir de 2013 Septiembre.

Como paciente de Milton Hall Surgical Associates/ The Ear, Nose and Throat Institute, entiendo y acepto lo siguientes:

1. Milton Hall Surgical Associates/ The Ear, Nose and Throat Institute tiene un Aviso de privacidad en vigor en sus oficinas.
2. Milton Hall Surgical Associates/ The Ear, Nose and Throat Institute ha hecho esta política disponibles para mí, colocando una versión completa en una carpeta que se encuentra en la zona de la recepción y/o colocando un cartel con la versión de esta póliza en la zona de recepción, y una copia también es accesible a través de nuestro sitio web entinstitute.com.
3. Milton Hall Surgical Associates/ The Ear, Nose and Throat Institute me ha hecho consciente, de que como paciente tengo derecho a una copia de la Notificación de Privacidad Práctica (PNP) si yo deseo una copia de mi archivo personal.

Como entendimiento de las declaraciones anteriores, por favor firmar en la parte inferior al reconocer que le han dicho de la práctica de privacidad (PNP) ejecutado por Milton Hall Surgical Associates/ The Ear, Nose and Throat Institute y leyó y comprende la forma de privacidad. Si desea una copia de la Notificación de la Privacidad de la Práctica (PNP), por favor solicitar uno en este momento.

\_\_\_\_\_ **No, yo no quiero una copia pero reconozco el Anuncio de práctica de Privacidad existe.**

\_\_\_\_\_ **Sí, yo quiero una copia de la Notificación de Privacidad.**

**Permiso de comunicación**

Entiendo que, como parte de mi salud, Milton Hall Surgical Associates/ The Ear, Nose and Throat Institute puede necesitar ponerse en contacto conmigo para recordarme de una cita, proporcionar los resultados de la prueba, dar instrucciones, o otra información. Autorizo al anterior para que se ponga en contacto conmigo de las siguientes maneras (**por favor revise los que usted autorice**):

\_\_\_ **Teléfono de casa:** \_\_\_\_\_      \_\_\_ **Correo de voz**      \_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_ **Teléfono de trabajo:** \_\_\_\_\_      \_\_\_ **Correo de voz**      \_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_      \_\_\_ **Correo de voz**  
\_\_\_ **Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

Milton Hall Surgical Associates/ The Ear, Nose and Throat Institute tiene un servidor seguro y cifrado para Comunicación por correo electrónico. Sin embargo, Milton Hall Surgical Associates/ The Ear, Nose and Throat Institute no puede garantizar que el numero es el destinatario final y no se hará responsable de tales. Tengo entendido que Milton Hall sala quirúrgica se asocia con la información mínima necesaria cuando se comunican conmigo indirectamente. Entiendo que puedo revocar o modificar este acuerdo en cualquier momento. La revocación o modificación no se aplicará a las comunicaciones anteriores.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/Tutor Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
IMPRIMIR Nombre del Paciente