

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Identificación del Paciente: \_\_\_\_\_



RECONOCIMIENTO QUE UD. HA RECIBIDO UNA COPIA DEL  
"AVISO DE COSTUMBRES SOBRE LA INFORMACIÓN DE SALUD DE  
HEALTH TEXAS PROVIDER NETWORK"

El Acto de Portabilidad y Contabilidad de Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA) es una regulación del gobierno federal diseñada para asegurar que Ud. esta enterado de sus derechos confidenciales y de como su información médica puede ser usada por nuestros empleados al proveer y organizar su cuidado médico.

Flower Mound Family Medicine le esta facilitando con el aviso adjunto, que le indica cómo HTPN y sus médicos<sup>1</sup> pueden usar y/o revelar información de salud confidencial sobre su tratamiento, pago y otras actividades relacionadas a su cuidado médico, y tal como se permite bajo la ley. **Al firmar este documento, Ud. reconoce que ha recibido una copia del Aviso de Costumbres Sobre la Información de Salud de HTPN.**

\_\_\_\_\_  
(Firma del paciente o del representante legal)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
14 de Abril de 2003  
Fecha del aviso

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup>Los médicos son empleados de HealthTexas Provider Network y no son empleados ni agentes del Sistema de Cuidado Médico de Baylor o de cualquier sucursal de Baylor o de los centros médicos o comunitarios afiliados de Baylor.