



**CLÍNICA DE MI CASA
RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN DE
AVISO RESUMIDO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información médica protegida (PHI) sobre usted. Usted tiene derecho a revisar nuestro aviso antes de firmar este recibo. Al firmar este recibo, usted acepta el uso y divulgación de PHI sobre usted para operaciones de tratamiento, pago y atención médica. My House Clinic (MHC) proporciona este recibo para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

He recibido una copia del Aviso Sumario de Prácticas de Privacidad. Entiendo que también puedo solicitar una copia del Aviso completo de prácticas de privacidad de MHC.

Nombre impreso del participante o fecha de representante

legal

Firma de la

fecha del Participante o Representante Legal

Representante legal/Relación con el Participante