

Reconocimiento de Recibo de Aviso de Prácticas de Privacidad de LMH

La notificación del LMH Health de prácticas de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información protegida de salud. Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar este reconocimiento. Tal como se establece en nuestro aviso, los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia revisada contactando Admisiones al (785) 505-6101 o visite <http://lmh.org/privacy>.

Usted tiene el derecho de pedir que limitemos cómo se usa o divulga información de salud protegida sobre usted para tratamiento, pago o atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, estamos obligados por nuestro acuerdo

Mi firma abajo reconoce que se me ha ofrecido un aviso de las prácticas de privacidad de LMH Health.

Copia en Papel

Copia por Correo Electrónico Dirección de Correo Electrónico: _____

Rachacé la Copia

Si es firmado por un representante legal, por favor describa la relación de la persona que firma para el paciente.

Nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente o representante del paciente

Relación con el paciente (si es representante del paciente)

Motivo de declive

