



NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT

I understand that under the Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996 (*HIPAA*), I have certain rights to privacy regarding my protected health information. I understand that this information can and will be used to:

- Conduct, plan and direct my treatment and follow-up among the multiple healthcare providers who may be involved in that treatment directly and indirectly.
- Obtain payment from third-party payers.
- Conduct normal healthcare operations such as quality assessments and physician certifications.

I have received, read and understand your *Notice of Privacy Practices* containing a more complete description of the uses and disclosures of my health information. I understand that this organization has the right to change this *Notice of Privacy Practices* from time to time and that I may contact this organization at any time at the address above to obtain a current copy of the *Notice of Privacy Practices*.

I understand that I may request in writing that you restrict how my private information is used or disclosed to carry out treatment, payment or health care operations. I also understand you are not required to agree to my requested restrictions, but if you do agree then you are bound to abide by such restrictions.

RECONOCIMIENTO DE NOTIFICACION DE PRACTICAS PARA PROTEGER LA INFORMACION PRIVADA

Entiendo que la ley de HIPAA me da ciertos derechos de protección a mi información médica privada. Entiendo que la ley permite a Trinity Pediatrics, PA utilizar dicha información en las siguientes situaciones:

- Para llevar a cabo, planificar y dirigir el tratamiento y seguimiento entre todos los proveedores médicos y/o organizaciones de salud que puedan estar envueltos en el cuidado médico, directa o indirectamente.
- Para cobrar por los servicios médicos.
- Para poder ejecutar las operaciones normales envueltas en el cuidado médico, tales como el control de calidad, certificaciones para los médicos y esta organización.

He recibido, leído y entiendo que la notificación de normas para la protección de información privada (*Notice of Privacy Practices*) contiene una descripción mas extensa de los usos y restricciones de mi información privada. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar dichas normas en cualquier momento. También entiendo que puedo solicitar y obtener una copia de la notificación vigente.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que se restrinja el uso y acceso de mi información privada para la obtención de pago, tratamiento y operaciones normales envueltas en el cuidado médico. Entiendo también que no es requisito que esta organización acepte dichas restricciones, pero que en caso de que las acepte está obligada a regirse por ellas.

Patient's Name/Nombre del Paciente: _____

Name of Parent or Guardian/
Nombre del Padre, Madre o Encargado: _____

Signature Parent or Guardian/
Firma del Padre, Madre o Encargado: _____

Date/Fecha _____