

PEDIATRIC ENDOCRINE ASSOCIATES

1100 LAKE HEARN DRIVE, SUITE 350

ATLANTA, GA 30342

Voz: 404-255-0015 -- Fax: 404-845-3080

Aviso de practicas de Privacidad Acto de portabilidad de Aseguranzas de salud y responsabilidad (Acto de Privacidad HIPAA)

Mi firma en esta forma reconoce que se me ha dado la oportunidad de revisar los "Avisos de Practicas de Privacidad" para "Pediatric Endocrine Associates" (PEA) antes de firmar este acuerdo. Yo entiendo que PEA tiene el derecho a cambiar sus Avisos de Practicas de Privacidad en cualquier momento y que yo puedo contactar a esta organización en la dirección de arriba para una copia actual.

Yo entiendo que yo puedo requerir por escrito que se hagan ciertas restricciones en como mi información privada es usada o divulgada para tratamiento o pago. Yo también entiendo que PEA no esta requerido a estar de acuerdo a mi petición de restricciones, pero si ellos están de acuerdo entonces PEA esta obligado a tolerar tales restricciones.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____

Fecha: _____