



NOTICE OF PRIVACY PRACTICES EXECUTIVE EDITION

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully.

EFFECTIVE: APRIL 14, 2003

Uses and disclosures of your protected health information:

- For Treatment
- For Payment
- Health Care Operations
- Appointment Reminders
- Health Related Services/Treatment Alternatives
- Individual involved in your care
- Research
- Organ and Tissue Donation
- As required by Law
- To avert a serious threat to the Health or Safety
- Worker's Compensation
- Public Health Activities
- Health Oversight Activities
- Lawsuits and Disputes
- Law Enforcement
- Coroners, Health Examiners, and Funeral Directors
- National Security & Intelligence Activities
- Protective Services for the President and others
- Inmates

Your Rights

- Right to Inspect and Copy
- Right to Amend
- Right to Receive an Accounting of Disclosures
- Right to Request Restrictions
- Right to Receive Confidential Communications
- Right to a Paper Copy of this Notice

Changes to this Notice

Complaints

Other Uses and Disclosures

You may request the complete Notice of Privacy Practices.

NUESTRA AVISO PRACTICAS PRIVADAS

Estamos comprometidos a proteger su información personal de salud en obediencia de la ley. Este aviso de prácticas privadas dice:

- Nuestra obligación sobre la ley con respecto a su información personal de salud.
- Como usamos y revelamos la información de su salud que mantenemos de usted.
- Sus derechos que son relacionadas a su información personal de salud.
- Nuestro derecho a cambiar nuestro Aviso de Prácticas Privadas.
- Como presentar una denuncia si usted cree que sus derechos privados han sido violados.
- Las condiciones que aplican con usos y revelaciones no descritas en este Aviso.
- La persona a quien contactar para más información acerca de las Prácticas Privadas.

Estamos obligados por la ley para darle a usted una copia de este aviso y obtener su reconocimiento por escrito que usted ha recibido una copia de este aviso.

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Yo, _____, por lo presente reconozco que yo recibí una copia de Prácticas Privadas.

Firma del Paciente

Fecha

Firma de los padres o representante del paciente[si aplica]

Fecha

Descripción de autoridad legal para actuar en favor del paciente