



CENTROS DE SALUD DE LA ESCUELA SECUNDARIA (BIENESTAR)

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO

A partir del 14 de abril de 2003, el Centro de Bienestar debe cumplir con las Reglas de Privacidad detalladas en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico ("HIPPA"). Por ley, debemos proporcionarle una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Centro de bienestar. La Notificación describe cómo el Centro de Bienestar puede usar y divulgar información de salud sobre el estudiante. También explica cómo puede obtener acceso a esta información.

El Centro de Bienestar se compromete a tomar medidas de acuerdo con la ley aplicable para proteger su privacidad y confidencialidad. Queremos que sepa que podemos usar su información de salud para fines de su tratamiento, para obtener el pago de los servicios que le proporcionamos y para los fines de las operaciones del Centro de bienestar. Para obtener más información sobre cómo podemos usar y divulgar su información de salud, lea nuestro Aviso de prácticas de privacidad.

Los términos del aviso pueden cambiar. La Notificación más reciente siempre se publicará en el Centro de Bienestar. También puede comunicarse con el personal del Centro de Bienestar para obtener la copia más actualizada.

Por la presente, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad del centro de bienestar Beebe Healthcare:

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Estudiante: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

O (solo se requiere una firma)

X _____ Fecha: ____ / ____ / ____
(Firma del Padre / Tutor Legal)



DELAWARE HEALTH
AND SOCIAL SERVICES
Division of Public Health