



HealthWorks for Northern Virginia
Your Community Health Center

Quality Healthcare for All

Acuse de recibo de Aviso de Prácticas de Privacidad

Certifico que me han informado acerca de la Notificación de Prácticas de Privacidad de HealthWorks for Northern Virginia (HW) y que tengo derecho a recibir una copia en caso de que la solicitase. Esta Notificación describe el tipo de usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que pueden producirse durante mi tratamiento a fin de facilitar el pago de las reclamaciones o para controlar la ejecución de las operaciones de atención de la salud de HW. La Notificación también describe mis derechos y las obligaciones de HW con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que las copias de la Notificación de Prácticas de Privacidad están disponibles en las áreas de registro de cada establecimiento y en el sitio web de HW: www.hwnova.org.

Nombre Completo del paciente:
Fecha de nacimiento:
Nombre del representante legal del paciente:
Firma del paciente o representante legal:
Fecha:

- ✓ Yo autorizo el intercambio de mi información médica personal al siguiente miembro de la familia o amigo que esté involucrado en mi cuidado:

1. Nombre:	2. Nombre:
Relación con el paciente:	Relación con el paciente:
Número de teléfono: ()	Número de teléfono: ()

- ✓ Yo acepto el intercambio de información relacionada con el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), el VIH (virus de inmunodeficiencia humana) o anemia de células falciformes. **Sí** **No**

Firma del paciente o representante legal:
Fecha: