



*Your family's complete medical home.*

Yo, \_\_\_\_\_ declaro que he recibido el aviso de prácticas de privacidad de Riverside Medical Group. También declaro estar informado de que las futuras revisiones de este aviso estarán disponibles en el sitio de Web de HUMC [www.riversidemedgroup.com](http://www.riversidemedgroup.com) o a pedido.

Esto hace referencia al **Aviso de Directivas de la Ley de Privacidad – HIPAA**. He recibido las directivas de la ley de privacidad de la ley de privacidad y he enumerado a todos los miembros de mi familia que pueden participar activamente en la planificación de mi atención. Comprendo que, si no enumero a estas personas, no se divulgará mi información de paciente ni la planificación de mi atención, ni se procederá a planificar la misma sin mi consentimiento.

Nombre \_\_\_\_\_ Vinculo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Vinculo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Vinculo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Nombre del testigo de Riverside: \_\_\_\_\_

Fecha de firma: \_\_\_\_\_