



ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FILED IN PATIENT'S MEDICAL RECORD

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LA DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD (SER ARCHIVADO EN EL REGISTRO MEDICO DEL PACIENTE)

PATIENT INFORMATION

I have been presented with a copy of the Notice of Privacy Practices, detailing how my health information may be used and disclosed as permitted under federal and state law, and outlining my rights regarding my health information.

PATIENT NAME

SIGNED

DATE OF BIRTH

DATE

RELATIONSHIP (IF NOT SIGNED BY PATIENT)

I wish to place the following restrictions on disclosure of my health information:

FOR INTERNAL USE ONLY

If patient/patient's representative refuses to sign acknowledgment, please document date and time notice as presented to patient and sign below.

Presented On (Date & Time): _____

By (Name & Title): _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

He sido presentado con una copia de la Declaración De Privacidad, detallar como mi información de salud se puede usar y puede ser revelada como permitido bajo la ley federal y estatal, y resumir mis derechos con respecto a mi información de la salud. He sido presentado.

NOMBRE DE PACIENTE

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO

FECHA

LA RELACIÓN (SI ES FIRMADO POR EL/LA PACIENTE)

Deseo poner las siguientes restricciones de la información de mi salud:

FOR INTERNAL USE ONLY

Si el paciente/representante del paciente rechaza firmar el reconocimiento, documenta la fecha y el tiempo fueron presentadas al paciente y firma abajo.

Presentado en (fecha y tiempo): _____

Pro (nombre y título): _____

Alivio Medical Center

An Active Presence for a Strong Community

773.254.1400 | aliviomedicalcenter.org



HEALTH CARE CONSENT FORMA DE CONSENTIMIENTO MEDICO

You have the right to accept or refuse any medical treatment. You have the right to choose what options are best for you.

I, _____, hereby consent to medical screening and medical examination to determine my current health status, other medical evaluations, diagnostic procedures, routine care, and medical treatments that the medical and professional staff of the clinic may deem necessary, advisable, or appropriate.

Medical information will be kept in a confidential medical record.

I authorize disclosure of my medical records to a hospital, if hospitalization is deemed necessary, advisable, or appropriate and to reporting agencies for purposes of disease surveillance and control.

Usted tiene el derecho de aceptar o negarse a cualquier tratamiento medico. Usted tiene el derecho de elegir cuales opciones son mejor para usted.

Yo, _____, por el presente consiento o autorizo a una evaluación o examen médico para determinar mi estado de salud presente. Tambien consiento a cualquier otra evaluación o procedimiento médico, cuidado rutinario, y tratamiento médico que el personal médico de la clinica considere necesario, aconsejable o apropiado.

Los informes médicos que se obtengan seran mantenidos en un expediente médico, confidencial.

Yo autorizo a divulgación de mi historial medico a cualquier hospital en caso de que hospitalizacion sea necesaria o recomendada y para la vigilancia y control de enfermedades.

SIGNATURE OF PATIENT/FIRMA DE PACIENTE

DATE/FECHA

SIGNATURE OF WITNESS/FIRMA DE TESTIGO

DATE/FECHA