T-HI0001

NAME
DOB
MRN
PCP
Patient ID

San Francisco Department of Public Health

Notificación del SFDPH sobre prácticas de privacidad HIPAA y acuse de recibo

Notificación completa: se le ha proporcionado la Notificación completa de las Prácticas de privacidad HIPAA. Revise esta notificación detalladamente. También puede encontrarla en: https://www.sfdph.org.

Quién seguirá las reglas en esta notificación: deben seguir estas reglas todos los empleados del DPH y empleados con contrato, afiliados al DPH, incluido el personal asignado al DPH por la Universidad de California en San Francisco [University of California at San Francisco], y cualquier persona que tenga permitido leer, usar o proporcionar información personal de salud de los pacientes.

Usted tiene derecho a: (Vea las posibles restricciones en la "Notificación completa de prácticas privadas").

- Solicitar y recibir una copia impresa de la Notificación completa de prácticas privadas.
- Pedir ver, leer u obtener una copia de su registro médico (puede haber cargos necesarios).
- Pedir que se cambie la información que usted considere errónea en su registro médico.
- Pedir que no se comparta la información sobre su salud con ciertas personas.
- Pedir que la información sobre su salud no se utilice con ciertos fines, como por ejemplo, la investigación.
- Pedir que se envíen copias de su registro de salud a alguien (puede haber cargos necesarios).
- Obtener información acerca de las personas que hayan leído su registro (por motivos distintos a los propósitos de tratamiento, pago y operaciones.)
- Especificar cuándo y dónde pueden comunicarse con usted los empleados del DPH.

El DPH puede utilizar y divulgar la información sobre su salud para mejorar su tratamiento.

- Para mejorar la calidad de la atención que recibe, es posible que se comparta la información desalud con proveedores de tratamiento tanto dentro como fuera del DPH.
- Existen circunstancias en las cuales la información de salud sobre usted no se compartirá a menos que usted otorgue su permiso primero para que se comparta.

Si usted considera que NO se han respetado sus derechos de privacidad al recibir los servicios del DPH, puede presentar una queja. Si tiene dudas acerca de cómo se comparte (o ha sido compartida) la información sobre su salud, hable con su proveedor o comuníquese con cualquiera de los siguientes lugares: (1) DPH Office of Compliance and Privacy Affairs, 101 Grove St., Room 400, San Francisco, CA 94102, o llame al número gratuito al 1-855-729-6040 (2) escriba a Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg. Washington, D.C. 20201. Consulte "Dónde presentar un queja de privacidad ante el gobierno federal" en la notificación completa. No recibirá ningún tipo de sanción si presenta un reclamo.

Acuso recibo de la "Notificación completa de las prácticas de privacidad HIPAA" del Departamento de Salud Pública de San Francisco. (I acknowledge receipt of the SF Department of Public health "Full Notice of HIPAA Privacy Practices.)

FIRMA DEL PACIENTE/RESIDENTE/CLIENTE O SU REPRESENTANTE **(Signature of Patient/Resident/Client or their** Representative**)**		FECHA (Date)
NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA (Print Name)	SI ES EL REPRESENTANTE, ESPECIFICAR LA RELACIÓN (If Representative, specify relationship)	INTÉRPRETE, SI CORRESPONDE (Interpreter if applicable)

STAFF/WITNESS: If written acknowledgement is NOT obtained, please complete the following:

☐ Unable to sign ☐ Declined to sign ☐ Other, Describe:		
SIGNATURE OF STAFF WITNESS		DATE
PRINT NAME	DEPARTMENT/ORG	