

## **NUEVO MÉXICO SONOGRAPHICS , INC**

### **Aviso de Prácticas de Privacidad**

Doy mi consentimiento para el uso o divulgación de mi información protegida de salud por NUEVO MÉXICO SONOGRAPHICS , INC (SNM ) con el propósito diagnóstico o tratamiento para mí, obtener el pago de mis cuentas de atención médica o para llevar a cabo operaciones de cuidado de la salud de NMS . Entiendo que el diagnóstico o tratamiento para mí por cualquier médico y / o ultrasonista empleado por NMS podrán depender de mi consentimiento como evidencia mi firma en este documento .

Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto al uso o divulgación para llevar a cabo tratamiento, pago o operaciones de cuidado de la salud de la práctica de mi información de salud protegida . NMS no está obligado a estar de acuerdo con las restricciones que pueda solicitar. Sin embargo, si está de acuerdo NMS a una restricción que solicito , la restricción deberá cumplirse para NMS y cualquier médico y / o ultrasonista

Tengo el derecho de revocar este permiso por escrito en cualquier tiempo a menos que NMS haya tomado alguna acción pertinente a este permiso.

Aviso de Prácticas de Privacidad del NMS se ha proporcionado para mí. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y revelaciones de mi información de salud protegida que se producirán en mi tratamiento , el pago de mis cuentas o en el desempeño de las operaciones de atención de la salud de NMS . El Aviso de prácticas de privacidad para NMS también se proporciona en el área de espera del paciente . Este Aviso de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y deberes de los NMS con respecto a mi información protegida de la salud

NMS reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad descritas en el Aviso de Prácticas de Privacidad . Puedo obtener una copia de Prácticas de Privacidad mediante la solicitud , por escrito , que se enviará una copia revisada por correo o pedir una en el momento de mi próxima cita. Reconozco que recibí la Notificación de Prácticas de Privacidad .

NMS me pueden llamar con recordatorios de citas , cancelaciones , y pueden dejar mensajes de correo de voz en mi casa o lugar de trabajo .

---

Firma del paciente o representante personal

---

Nombre del Representante del Paciente o de Carácter Personal ( en letra de imprenta )

---

Fecha de la firma

---

Descripción de la autoridad del representante personal

Rev 03-03