

Jose F. De Leon, M.D., P.A.
Patient Record of Disclosures

En general, la regla de privacidad HIPPA da a pacientes el derecho de solicitar una restricción contra los usos y las revelaciones de su información de salud protegida. También el paciente tiene el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales o comunicaciones por un medio alternativo, como enviar la información al trabajo en vez de la casa.

Deseo ser puesto en contacto en la manera siguiente (Marque todo lo que se aplica):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Telefono de las casa _____
<input type="checkbox"/> Esta bien dejar mensaje con informacion detallado
<input type="checkbox"/> Dejar mensaje con un numero para regresar la llamada | <input type="checkbox"/> Correspondencia
<input type="checkbox"/> Esta bien mandar correo a mi casa
<input type="checkbox"/> Esta bien mandar correo a mi trabajo
<input type="checkbox"/> Esta bien mandar un fax a este numero _____ |
| <input type="checkbox"/> Telefono del trabajo _____
<input type="checkbox"/> Esta bien dejar mensaje con informacion detallado
<input type="checkbox"/> Dejar mensaje con un numero para regresar la llamada | <input type="checkbox"/> Otro (cellular, esposo, etc) _____
<input type="checkbox"/> Esta bien dejar mensaje con informacion detallado
<input type="checkbox"/> Dejar mensaje con un numero para regresar la llamada |

Si alguien puede solicitar información por usted por favor a punta el nombre aqui (e.g. esposo, pariente) _____

Firma

Fecha

La Regla de privacidad generalmente requiere que las personas que dan cuidado medico toemn medidas razonables para limitar el uso de informacion de salud, y petición de la información de salud protegida al mínimo necesario.

Nota: Usos para information protegido puede ser permitido sin el consentimiento previo en una emergencia.

Office Use Only

Record of disclosures of Protected health Information

Date	Disclosed to Whom Address or Fax number	(1)	Description of Disclosure/ Purpose Of Disclosure	By Whom Disclosed	(2)	(3)

- (1) Check this box if the disclosure is authorized
 (2) Type Key: T=treatment records, P=Payment information, O=Healthcare operations, A=Authorization on File, D=Discretionary
 (3) Enter how disclosure made: F=Fax, P=Phone, E=Email, M=Mail, O=Other

1330 Prudential Dr., Suite 100
 Dallas, Texas 75235
 Phone- 214-879-3505
 Fax- 214-3507

**RECONOCIMIENTO Y ACUSE DE RECIBO/
ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT**

DEL/OF

**AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD/
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

Yo reconozco que se me ha proveído una copia del Aviso de Practicas de Privacidad y que he leído (o he tenido la oportunidad de leer si así lo he deseado) y entiendo el Aviso.

I acknowledge that I was provided a copy of the Notice of Privacy Practices and have read (or had the opportunity to read if I chose) and understood the Notice.

Nombre del paciente (letra de imprenta)/
Patient Name (please print)

Fecha/Date

Padres(s) o Representante Autorizado (Si así aplica)/
Parent or Authorized Representative (if applicable)

Firma/Signature

Jose F. De Leon, M.D., P.A.
1330 Prudential Dr., Suite 100
Dallas, Texas 75235