

## **Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad**

Certifico que recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Prosthetic y Orthotic Associates, Inc. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de uso y de divulgación de la información protegida sobre mi salud que podrían producirse durante mi tratamiento, el pago de mis facturas o el desempeño de las operaciones de atención médica de Prosthetic y Orthotic Associates, Inc. Además, el Aviso de Prácticas de Privacidad describe mis derechos y las obligaciones de Prosthetic y Orthotic Associates, Inc. relativos a mi información protegida de salud. El Aviso de Prácticas de Privacidad se entrega en Middletown, Nueva York.

Prosthetic y Orthotic Associates, Inc. se reserve el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Para obtener un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado, debo llamar a la oficina y solicitar que me envíen una copia revisada por correo o pedir una en mi próxima cita.

---

Fecha

---

Firma del paciente o del representante personal

---

Nombre del paciente o del representante personal

---

Descripción de la facultad del representante personal