



*Departamento de Salud del Condado Marion*

**NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD DE LAS  
PRÁCTICAS MÉDICAS  
Notificación/Acuse de Recibo**

**Vigente a partir del: 14 de abril del 2003**

**POR FAVOR REVISE ESTA NOTIFICACIÓN CUIDADOSAMENTE Y  
DESPUÉS FIRME Y ESCRIBA LA FECHA ABAJO.**

La Notificación de Privacidad de las Prácticas Médicas le explica cómo el Departamento de Salud del Condado Marion puede recolectar, usar o revelar información de salud sobre usted y también le explica cómo conocer sus derechos de privacidad. Las leyes federales requieren que el Departamento de Salud le entregue una Notificación de Privacidad de las Prácticas médicas.

**Yo, \_\_\_\_\_, (nombre del cliente  
en letra imprenta)**

he recibido una copia de la Notificación de Privacidad de Prácticas Médicas del Departamento de Salud del Condado Marion y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cómo mi información de salud será recolectada, usada y revelada, y cómo puedo tener acceso a mi derecho de privacidad.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Cliente/Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Representante Legal o Personal del Cliente/Paciente (si es aplicable)**

\_\_\_\_\_  
**Relación**

Este documento está disponible en otros idiomas y formatos alternativos que cumplen con los señalamientos del Acta Americana para Incapacitados(ADA). Contacte a su Proveedor de Servicios, o llame al número de teléfono principal del Departamento de Salud al: 503-588-5357, Línea Especial de Comunicaciones para Sordos -TTY: 503-588-5400 o por Fax: 503-364-6552.

*Health Department Staff: Please have this document completed and signed by the individual receiving the Notice of Privacy Practices. Provide one copy to the individual; file the original in the client record.*

*Notice of Privacy Acknowledgement form MCHD 2003 / Spanish*