



## CONSENTIMIENTO Y ACUSE DE RECIBO DEL NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD

Yo entiendo que como parte de la prestación de servicios de atención médica, Elixir Pharmacy crea y mantiene registros de salud, y otra información que describe, entre otras cosas, mi historial de medicamentos recetados, mi historial de salud, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para atención o tratamiento futuro.

Se me ha proporcionado una Notificación de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de cierta información de salud. Entiendo que tengo el derecho de revisar la notificación antes de firmar este consentimiento. Entiendo que la organización se reserva el derecho de cambiar su Notificación y prácticas y antes de la implementación de una notificación modificada me enviará una copia de ella a la dirección que suministré. Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de salud puede ser utilizada o revelada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica (actividades de evaluación y mejora de la calidad, suscripción, calificación de prima, realización de revisiones médicas, servicios legales y funciones de auditoría, etc.) y que la organización no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para el uso y revelación de mi información protegida de salud para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Yo tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, excepto las revelaciones ya efectuadas en función de mi consentimiento previo.

Este consentimiento lo otorgo libremente con el entendimiento de que:

1. Todos y cada uno de los datos, ya sean escritos u orales o en formato electrónico, son confidenciales y no pueden ser revelados por razones fuera de las operaciones de tratamiento, pago u atención médica sin mi autorización previa por escrito, salvo que la ley disponga lo contrario.
2. Una fotocopia o fax de este consentimiento es tan válida como su original.
3. Yo tengo derecho a solicitar que se restrinja el uso y revelación de mi Información Protegida de Salud para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También entiendo que la Farmacia y yo tenemos que estar de acuerdo y ratificar por escrito con cualquier restricción que yo solicite sobre el uso y revelación de mi Información Protegida de Salud que pueda haber sido acordada previamente.

---

Nombre en letra de imprenta

---

Fecha

---

Firma del paciente o guardián si el paciente es menor de edad)

---

Número del Seguro Social (para identificación solamente)

---

Testigo (Opcional)

---

Fecha

**Enviar por correo a:**  
**Elixir Pharmacy**  
**7835 Freedom Ave NW**  
**North Canton, OH 44720**