



Otolaryngology Physicians Of Lancaster

Especialistas certificados en oído, nariz y garganta

Oficina de Lancaster:  
810 Plaza Boulevard  
Lancaster, PA 17601  
Oficina 717-394-5088  
Fax 717-394-5590

Oficina de Ephrata:  
561 W. Trout Run Road  
Ephrata, PA 17522  
Oficina 717-733-4891  
[www.lancasterent.com](http://www.lancasterent.com)

**Acuse de recibo de prácticas de privacidad**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ ha recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad de OPL.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Utilice la siguiente sección si está firmando en nombre de un menor o como un tutor legal**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor legal en letra imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Autorización del paciente para el uso y divulgación de información médica protegida**

Deseo ser contactado en el siguiente número: \_\_\_\_\_

OPL cuenta con mi permiso para dejar un mensaje detallado sobre citas u otros detalles sobre mi atención médica en este número  Sí  No

**Otorgo permiso a OPL para analizar/compartir información médica y de facturación con la(s) siguiente(s) persona(s):**

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Las reglas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) le otorgan el derecho a solicitar una restricción de su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Cuando la información médica protegida (PHI) se usa o divulga conforme la presente autorización, puede estar sujeta a divulgaciones subsiguientes por parte del destinatario y puede no seguir estando protegida por las reglas de privacidad federales de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Utilice la siguiente sección si está firmando en nombre de un menor o como un tutor legal**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor legal en letra imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha