



Acknowledgment of Privacy Practices

Reconocimiento de Prácticas de Privacidad

These policies describe how medical information about me may be used and disclosed and how I can obtain access to this information.

I have been made aware of the privacy policies of the Midway Pediatric clinic. These policies are posted in the Midway Pediatrics care and I understand that I have a right to a paper copy of this notice at any time.

I also authorize Midway Pediatrics and staff to disclose health information about me to:

Spouse/Significant Other YES NO

Family Members YES NO

Friends YES NO

You may assume that I do not have any objection to release health information to my spouse, family, if I fail to check NO on the above questions. I have the right to inspect and obtain a copy of my health information.

I also understand that the health information used or disclosed by my authorization by the Midway Pediatrics clinic may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected under federal law.

Estas políticas describen cómo se puede usar y divulgar mi información médica y cómo puedo obtener acceso a esta información.

He sido informado de las políticas de privacidad de la clínica pediátrica de Midway. Estas políticas están publicadas en Midway Pediatrics Care y entiendo que tengo derecho a recibir una copia impresa de este aviso en cualquier momento.

También autorizo a Midway Pediatrics y al personal a divulgar información médica sobre mí a:

Cónyuge/otra pareja SÍ NO

Familiares SÍ NO

Amigos SÍ NO

Puede suponer que no tengo ninguna objeción para divulgar información de salud a mi cónyuge, familia, si no marqué NO en las preguntas anteriores. Tengo derecho a inspeccionar y obtener una copia de mi información de salud.

También entiendo que la información médica utilizada o divulgada con mi autorización por parte de la clínica Midway Pediatrics puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley federal.

PLEASE COMPLETE—*Por Favor Complete*

Patient Name <i>Nombre de el Paciente</i>	Date <i>Fecha</i>
Patient's Representative (Minor) Name <i>Representante de el Paciente</i>	Date <i>Fecha</i>
Signature of Person Signing Consent <i>Firma</i>	Date <i>Fecha</i>