

**ACUSE DE RECIBO DE LA
NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y
CONSENTIMIENTO PARA UTILIZAR Y DAR A CONOCER
LA INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD**

Nombre _____

Nombre del niño _____

Domicilio _____ Teléfono _____

EL PADRE O TUTOR QUE PRESTE SU CONSENTIMIENTO DEBE LEER ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES.

Finalidad del consentimiento: Por la firma del presente formulario, usted acepta que utilicemos o demos a conocer su información de salud protegida para realizar el tratamiento, las actividades de pago, los reclamos al seguro y las operaciones de cuidado de la salud.

Notificación de prácticas de privacidad: Usted ha recibido y ha tenido la oportunidad de leer nuestra Notificación de prácticas de privacidad antes de decidir la firma del Consentimiento. Nuestra Notificación incluye una descripción de nuestro tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de cuidado de la salud, de los usos y las revelaciones que realizamos de su información de salud protegida y de otros asuntos importantes acerca de su información de salud protegida. Este Consentimiento está acompañado de nuestra Notificación. Le recomendamos que lo lea totalmente y con atención antes de firmar este Consentimiento.

Nos reservamos el derecho de modificar nuestras prácticas de privacidad, tal como se describe en nuestra Notificación de prácticas de privacidad. Si modificamos nuestras prácticas de privacidad, emitiremos una Notificación de prácticas de privacidad revisada, con todos los cambios. Estos cambios se pueden aplicar a cualquier información de salud protegida suya que mantengamos. Puede obtener, en cualquier momento, una copia de nuestra Notificación de prácticas de privacidad, incluidas las revisiones de la Notificación, si se pone en contacto con:

Persona de contacto: Compliance Officer, Acadia Health LLC

Domicilio: 5151 Plank Road, Baton Rouge, La. 70805

Teléfono: 225-330-6622 Fax: 225-356-8163

Derecho de revocación: Usted tiene derecho a revocar este Consentimiento en cualquier momento por medio de una notificación escrita de su revocación, que deberá enviar a la Persona de contacto indicada más arriba. Debe comprender que la revocación de este Consentimiento no afectará ninguna medida que hayamos tomado en base a este Consentimiento antes de la recepción de la revocación y que podemos negarnos a realizarle el tratamiento o continuar con su tratamiento si revoca este Consentimiento.

La firma a continuación es un acuso de recibo de la Notificación de prácticas de privacidad y un consentimiento para utilizar y dar a conocer la información sobre su salud:

Yo, (coloque su nombre en imprenta) _____, he tenido la posibilidad de leer y analizar el contenido de este formulario de Consentimiento y su Notificación de prácticas de privacidad. Comprendo que, por la firma del presente formulario de Consentimiento, otorgo mi consentimiento para el uso y la divulgación de la información de salud protegida de mi hijo a fin de realizar un tratamiento, actividades de pago y operaciones de cuidado de la salud, así como otros usos que se describen en la Notificación de prácticas de privacidad que se me ha entregado.

Firma: _____ Fecha: _____