RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por mi firma abajo, reconozco que tengo el derecho de solicitar y recibir una copia del aviso de prácticas de privacidad de Yale School of Medicine ("YSM").

Firma Del Paciente or Representante Personal	Fecha
Nombre (Emprima)	Relación al Paciente

Entiendo que los médicos y el personal de Yale School of Medicine ("YSM") podrían requerir información médica confidencial de mis otros proveedores de tratamiento, para fines de tratamiento. Dicha información puede incluir, por ejemplo, notas de progreso, informes operativos, resultados de laboratorio o imágenes o resultados de otras pruebas diagnósticas.

Con mi firma abajo, doy autorización al personal y los médicos de YSM para obtener toda información de salud que requieren, para fines de tratamiento, diagnóstico o derivación. Entiendo que esta información de salud puede incluir información relacionadas con el VIH (incluyendo información sobre las pruebas) o información relativa al tratamiento de salud mental, o tratamiento para abuso de sustancias, con acuerdo a los estatutos generales de Connecticut §19a-581 y Capítulo 899 y 42 C.F.R. parte 2, respectivamente.

Firma Del Paciente or Representante Personal	Fecha
Nombre (Emprima)	Relación al Paciente