



# HEALTH CARE PARTNERS OF SC, INC.

123 E. Broadway St.  
Johnsonville, SC 29555  
843-386-3573  
Fax: 877-322-0181

243 Singleton Ridge Rd.  
Conway, SC 29526  
843-248-4700  
Fax: 877-322-0181

1608 N. Main St.  
Conway, SC 29526  
843-248-4700  
Fax: 877-322-0181

145 Palmetto Pointe Rd.  
Marion, SC 29571  
843-423-2400  
Fax: 877-322-0181

## NOTIFICACION DE LA PRIVACIDAD DE MI INFORMACION MEDICA

\*Ud puede rehusar firmar esta formulario\*

MRN \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente manifiesto que he sido notificado o he recibido el formulario acerca de la privacidad de mi información medica HIPAA

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Representante /Padres/Tutor (guarda legal) Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Representante /Padres/Tutor (guarda legal)

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

### FOR OFFICE USE ONLY

Tratamos de obtener la constancia escrita de la notificación personal de la privacidad de la información medica , pero no se puedo firmar porque:

- Individuo rehusa firmar
  - Barreras en la comunicación no permiten obtener su aprobación
  - Una situación de emergencia nos impidió obtener la constancia
  - Otra (Porfavor Especifique )
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_