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

6874 Hwy 908
Gresham, SC 29546
843-352-8772
Fax: 877-322-0181

1606 B Main St.
Conway, SC 29526
843-488-6350
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

_____Fecha: _____
Firma del Paciente / Representante /Padres/Tutor (guarda legal)

_____
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)

_____
_____
_____
_____
_____
_____