

# **PEDIATRICARE OF NORTHERN VA, P.C.**

**\*8640 Sudley Road, Suite 306\***  
**Manassas, VA 20110**  
**Phone: (703) 330-3939 Fax: (703) 331-0959**  
**\*15195 Heathcote Blvd, Suite 250\***  
**Haymarket, VA 20169**  
**Phone: (571) 222-2520 Fax: (703) 754-1561**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

## **AVISO DEL MANEJO DE LA INFORMACION PRIVADA**

Yo entiendo que dentro del seguro de salud esta el manejo de responsabilidad y cobertura del seguro de salud ACT en 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad concernientes a proteger la informacion brindada al seguro de salud, entiendo que esta informacion puede ser utilizada para:

- En la conducta, el plan y seguimiento entre los diferentes practicantes de salud quienes estan envueltos en los tratamientos directa e indirectamente.
- Optener pagos de otras companias de seguros.
- Procedimieto normal en operaciones de salud tales como calida evaluaciones y calificacion profecional.

He recibido, leído y entendido su aviso del manejo de la informacion privada, que contiene una completa descripcion, de los usos de mi informacion de salud entiendo que PediatriCare Northern Virginia (PCNVA), tiene el derecho de cambiar este aviso de un tiempo a otro, puedo contactarme con PCNVA, en cualquier momento, escribiendoles a la direccion que aparece mas arriba, para obtener una copia de este aviso.

Tambien entiendo que ustedes no necesitan estar deacuerdo con mis requerimientos o restricciones, sino es factible para PCNVA, si es que estos requerimientos no son factibles para PCNVA o que estos causen un impacto negativo en el cuidado de salud.

Firma: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **RECONOCIMIENTO DE POLIZA FINANCIERA**

Yo reconozco que he recibido la Poliza Financiera de PediatriCare of Northern Virginia que entro en efecto en Julio 1, 2006.

Firma: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_