

WHOLE FAMILY CHIROPRACTIC

160 NE Maynard Rd. Suite 204

Cary, NC 27513

919-461-3933

Notice of Privacy Practices

Acknowledgement for Use and Disclosure of Protected Health Information

Use and Disclosure of your Protected Health Information

Your Protected Health Information will be used by Whole Family Chiropractic or may be disclosed to others for the purposes of treatment, obtaining payment, or supporting the day-to-day health care operations of this office.

Notice of Privacy Practices

You should review the Notice of Privacy Practices for a more complete description of how your Protected Health Information may be used or disclosed. It describes your rights as they concern the limited use of health information, including your demographic information, collected from you and created or received by this office. You may review the Notice prior to signing this acknowledgement. You may request a copy of the Notice at the Front Desk.

Options for Requesting a Restriction on the Use or Disclosure of Your Information

- You may request a restriction on the use or disclosure of your Protected Health Information.
- This office may or may not agree to restrict the use or disclosure of your Protected Health Information.
- If we agree to your request, the restriction will be binding with this office. Use or disclosure of protected information in violation of an agreed upon restriction will be a violation of the federal privacy standards.

Option for Revocation of Consent

- You may revoke this consent to the use and disclosure of your Protected Health Information. You must revoke this consent in writing. Any use or disclosure that has already occurred prior to the date on which your revocation of consent is received will not be affected.
- **Refusing to sign this notice does not prevent the use or disclosure of your Protected Health Information.**

By my signature below, I am stating that I read and acknowledge the use or disclosure of my Protected Health Information by Whole Family Chiropractic.

Patient or Legally Authorized Individual Signature

Date

Print Patient's Full Name

Witness Signature

Date

QUIROPRÁCTICA PARA TODA LA FAMILIA

160 NE Maynard Rd. Suite 204
Cary, Carolina del Norte 27513
919-461-3933

Aviso de Prácticas de Privacidad

Reconocimiento por el uso y divulgación de información de salud protegida

Uso y divulgación de su información médica protegida

Su información de salud protegida será utilizada por Whole Family Chiropractic o puede ser divulgada a otros con fines de tratamiento, obtención de pagos o apoyo a las operaciones diarias de atención médica de esta oficina..

Aviso de Prácticas de Privacidad

Debe revisar el Aviso de prácticas de privacidad para obtener una descripción más completa de cómo se puede usar o divulgar su Información de salud protegida. Describe sus derechos en lo que respecta al uso limitado de la información de salud, incluida su información demográfica, recopilada de usted y creada o recibida por esta oficina. Puede revisar el Aviso antes de firmar este acuse de recibo. Puede solicitar una copia del Aviso en la recepción.

Opciones para solicitar una restricción en el uso o divulgación de su información

- Puede solicitar una restricción en el uso o divulgación de su Información de Salud Protegida.
- Esta oficina puede o no estar de acuerdo en restringir el uso o la divulgación de su Información de Salud Protegida.
- Si aceptamos su solicitud, la restricción será vinculante para esta oficina. El uso o divulgación de información protegida en violación de una restricción acordada será una violación de los estándares federales de privacidad.

Opción de revocación del consentimiento

- Usted puede revocar este consentimiento para el uso y divulgación de su Información de Salud Protegida. Debe revocar este consentimiento por escrito. Cualquier uso o divulgación que ya haya ocurrido antes de la fecha en que se reciba su revocación del consentimiento no se verá afectado.
- **Negarse a firmar este aviso no impide el uso o la divulgación de su información médica protegida.**

Por mi firma a continuación, estoy declarando que leo y reconozco el uso o divulgación de mi Información de Salud Protegida por Whole Family Chiropractic.

Firma individual del paciente o legalmente autorizada

Fecha

Imprimir el nombre completo del paciente

Firma del testigo

Fecha