



# Robeson Family Practice Associates, P. A.

EIN: 56-1903627  
1002-C East 4<sup>th</sup> Ave.  
Red Springs, NC 28377

Phone: 910-843-3311 | Fax: 910-843-3599  
Herman Chavis, MD | Kenneth Locklear, MD  
Jonathan Chavis | Kimberly Mcilwain, PM

## Reconocimiento de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

**Propósito del Consentimiento:** Su firma da consentimiento a la divulgación de su protegida información de salud para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y la operación de atención médica.

**Notificación de Prácticas de Privacidad:** Usted tiene el derecho de leer y guardar una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad. El aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, de los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información de salud protegida, y de otros asuntos importantes sobre su protegida información de salud. Le recomendamos que lo lea completamente antes de firmar este consentimiento.

Nosotros reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso.

Yo, (Nombre del Paciente) \_\_\_\_\_ ha recibido una copia del aviso de Prácticas de Privacidad de esta clínica

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Su relación con el paciente

### Solo para uso de oficina

Intentamos obtener el reconocimiento de recibo de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener el reconocimiento porque:

- El individuo se negó a firmar
- Barreras de comunicación prohibió obtener el aviso
- Una situación de emergencia nos impidió obtener reconocimiento
- Otra razón (Especifique)

Usted tiene derecho a una copia de este consentimiento después de firmarlo. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento, dándonos un aviso escrito de su revocación presentado a:

Robeson Family Practice Associates  
Attention: Sandra Locklear  
1002-C East 4<sup>th</sup> Avenue  
Red Springs, NC 28377

## Consentimiento Para Tratar

El suscrito consiente a la atención médica y el tratamiento, según se considere necesario o aconsejable en el juicio de mi médico o otro proveedor. Esto puede incluir, pero no está limitado a procedimientos de laboratorio, examen de rayos X, procedimientos médicos y otros servicios recetados bajo las instrucciones generales y acciones necesarias para el tratamiento médico del paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Su relación con el paciente