



**GUILFORD COUNTY DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH  
COMPLIANCE PLAN: HIPAA ACKNOWLEDGMENT & CONSENT**

---

**EL RECONOCIMIENTO/CONCENTIMIENTO PARA UTILIZAR  
Y  
DIVULGAR INFORMACIÓN DE LA SALUD DEL PACIENTE**

**Apellido** \_\_\_\_\_ **Nombre** \_\_\_\_\_ **I** \_\_\_\_\_

**SSN DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que he recibido una copia del **Aviso de Prácticas de Privacidad** del  
(Favor de imprimir su nombre)  
Departamento de Salud del Condado de Guilford y que me han informado que me puedo comunicar con **Tisha Adams** si tuviese  
alguna pregunta relacionada con el contenido de dicho aviso.

**Firma del Paciente/Pariente/Guardián Legal:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento voluntario para que el Departamento de Salud Pública del Condado de Guilford utilice y divulgue información referente a mi salud/médica con el propósito de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.\* Me han dicho y mis preguntas han sido contestadas que la información de salud/médica utilizada y divulgada puede incluir información acerca de las enfermedades transmisibles (como el VIH). Me han dicho que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción ha sido tomada en relación con ella. Me han dicho que este consentimiento es válido hasta que yo lo revoque y que si quiero revocar este consentimiento debo de hacerlo por escrito.

\* Vea nuestro "Aviso de Prácticas de Privacidad", para explicación de los términos "tratamiento", "pago" y "operaciones de atención médica".

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente/Pariente/Guardián Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**