

PERINATAL ASSOCIATES LLC
363 Boulevard Suite 1R Passaic NJ 07055

Notice of Privacy Acknowledgement/Aviso de Privacidad de Reconocimiento

I understand that under the Health Insurance Portability & Accountability I have certain rights to privacy regarding my protected health information.

Conduct, plan and direct my treatment and follow up among multiple health care providers who may be involved in that treatment and indirectly.

Obtain payment from third party payers.

Conduct normal health care operations assessments and physician certifications.

I have read and understand your *Notice for Privacy Practices* and understand that this facility has the right to change the *Notice of Privacy Practices* from time to time and that I may contact this facility at any time to get a current notice of privacy practice.

Entiendo que, bajo la Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida.

Conducir, planear y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de salud que pueden estar implicados en que el tratamiento e indirectamente.

Obtener el pago de terceros pagadores.

Llevar a cabo operaciones normales de atención médica, evaluaciones y certificaciones médicas.

He leído y entendido su *Aviso de Practicas de Privacidad* y entender que esta instalación tiene el derecho de cambiar el *Aviso de Practicas de Privacidad* de vez en cuando y que puedo contactar este servicio en cualquier momento para obtener una notificación actual de la práctica de privacidad.

Patient Name/Nombre del Paciente: _____

Signature/Firma: _____

Date/Fecha: _____