

**RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Yo he recibido Touchstone Medical Imaging Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente en efecto.

**Nombre (Imprimir)** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_ Relación al Paciente:  Yo  Representante Personal  Otro: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

Touchstone puede discutir mi información/condición with: *(Liste cada Nombre/Relación al paciente)*

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**\*Y entiendo que es mi responsabilidad notificar a Touchstone de cualquier cambio a este consentimiento.\***

\_\_\_\_\_

(IMPRIMIR NOMBRE) (FIRMA) (FECHA)

**SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA**

Notice of Privacy Practices currently in effect given to individual on today's date.

In Person  Mailing  Email  Other \_\_\_\_\_

We attempted to obtain written acknowledgment of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgment could not be obtained because:

- Individual refused to sign (did not want to, no reason provided, etc.)
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgment
- Did not respond after more than one attempt
- Other (Please Specify) \_\_\_\_\_

The following good faith efforts were made to obtain the individual or parent/legal guardian's signature. Please document with dates, times, individuals spoken to, and outcome, the efforts that were made to obtain the signature.

- In person conversation \_\_\_\_\_
- Telephone contact \_\_\_\_\_
- Mailing \_\_\_\_\_
- Email \_\_\_\_\_
- Other \_\_\_\_\_

**CONSETIMIENTO DE NOTIFICACION DE PRACTICAS PRIVADAS**

Yo he recibido de Touchstone Medical Imaging la Notificación de Practicas Privadas actualmente en efecto.

**Nombre (Por favor imprimir)** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente:  Yo  Representante Personal  Otro: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

Touchstone puede discutir mi información/condición médica con: *(Liste Nombre/Relación al paciente)*

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**\*Yo entiendo que es mi responsabilidad notificar a Touchstone si este concetimiento llegue a cambiar.\***

\_\_\_\_\_  
(IMPRIMIR NOMBRE)

\_\_\_\_\_  
(FIRMA)

\_\_\_\_\_  
(FECHA)

**SOLO SELECCIONAR LA SIGUIENTE CAJA Y IMPRIMIR EL NOMBRE A OPTAR POR NO CORHIO**

**CORHIO (The Colorado Regional Health Information Organization)** es una organización nonprofit dedicada a mejorar el cuidado de la salud en Colorado. CORHIO protege el systema electrónico que permite doctors, hospitales, y otros profesionales médicos para compartir archivos. La vision de CORHIO es to proveer un método para compartir información médica para que toda persona in Colorado pueda obtener el mejor cuidado de salud possible donde y cuando se necesita.

Yo, \_\_\_\_\_, he elegido a **optar por no** participar en Colorado Regional Health Information Organization (CORHIO) HIE. Yo he firmado CORHIO optar por no, y si en el futuro quisiera optar por si, Yo tendré que firmar esta forma.

**SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA**

Notice of Privacy Practices currently in effect given to individual on today's date.

In Person  Mailing  Email  Other \_\_\_\_\_

We attempted to obtain written acknowledgment of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgment could not be obtained because:

- Individual refused to sign (did not want to, no reason provided, etc.)
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgment
- Did not respond after more than one attempt
- Other (Please Specify) \_\_\_\_\_

The following good faith efforts were made to obtain the individual or parent/legal guardian's signature. Please document with dates, times, individuals spoken to, and outcome, the efforts that were made to obtain the signature.

- In person conversation \_\_\_\_\_
- Telephone contact \_\_\_\_\_
- Mailing \_\_\_\_\_
- Email \_\_\_\_\_
- Other \_\_\_\_\_