



**WESTCHESTER INSTITUTE
FOR HUMAN DEVELOPMENT**
Cedarwood Hall
Valhalla, NY 10595-1689

NOMBRE _____

Fecha de nacimiento _____

WMC # _____ WIHD# _____

**AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE
PRIVACIDAD**

(Para uso del WIHD solamente)

Al firmar a continuación , reconozco que se me ha facilitado una copia de este Aviso de prácticas de privacidad , por lo que han informado de cómo la información médica sobre mí puede ser usada y divulgada por el Instituto y las instalaciones enumerados al principio de este aviso, y cómo puedo obtener el acceso y el control de esta información. También reconozco y entiendo que puedo solicitar copias de los avisos separados que explican las protecciones especiales de privacidad que se aplican a la información relacionada con el VIH información, tratamiento de alcohol y abuso de sustancias, información sobre la salud mental, y la información genética.

Firma del paciente o Representante Personal

Escriba el nombre del paciente o Representante Personal

Fecha

Descripción de la autoridad del Representante Personal