

Reconocimiento de Recibo del Aviso de Privacidad

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

He recibido una copia del **Aviso de Prácticas de Privacidad**, detallando cómo mi información puede ser usada y divulgada según lo permite la ley federal y estatal.

Entiendo el contenido del Aviso de Prácticas de Privacidad:

Firma: _____ **Fecha** _____

Si no lo firma el paciente, por favor indique su relación con el paciente (ej: esposo/a)

Relación: _____

Testigo (personal administrativo) _____ **Fecha:** _____

Llene esta sección si hay personas (esposo/a, hijos, amigos, familia) con quienes usted nos da permiso de compartir su información de salud, incluyendo información relacionada al tratamiento, el pago y operaciones de cuidado de la salud.

Nombre: _____ **Relación:** _____

Nombre: _____ **Relación:** _____

Nombre: _____ **Relación:** _____

Para Uso Interno Solamente:

Si no se puede obtener el reconocimiento de recibo del aviso, por favor documente la fecha y la hora cuando se le presentó al paciente o al representante del paciente el aviso, y firme abajo.

Presentado el (fecha y hora): _____

Por: (nombre y título): _____

El paciente rehusó firmar el reconocimiento

El paciente estaba siendo sometido/a a tratamiento de emergencia

Otro _____