



RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Aviso al paciente:

Estamos obligados a proporcionarle una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, que establece cómo podemos usar y / o divulgar su información de salud. Por favor, firme este formulario para reconocer que ha recibido el aviso. Puede negarse a firmar este reconocimiento, si lo desea.

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

Por favor escriba su nombre

Firma

Fecha

No podemos hablar de su información de salud protegida (PHI) con nadie más que usted, al menos que nos autorice a hacerlo. Indique a continuación el / los nombre (s) de la (s) persona (s) a las que autoriza a nuestra oficina para hablar sobre su información de salud. Su PHI puede divulgarse con la (s) persona (s) nombradas a continuación hasta que nos notifique lo contrario por escrito.

FOR OFFICE USE ONLY

We have made every effort to obtain written acknowledgment of receipt of our Notice of Privacy from this patient but it could not be obtained because:

• The patient refused to sign. • Due to an emergency situation it was not possible to obtain an acknowledgement. • We weren't able to communicate with the patient. • Other (*Please provide specific details*)

Employee signature

Date