

Aviso de recepción de la notificación de las prácticas de privacidad

Aviso al Paciente:

Estamos obligados a proporcionarle una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad, que establece la forma en que podemos usar y / o divulgar su información de salud. Por favor firme este formulario para acusar recibo de la notificación. Usted puede negarse a firmar el acuse de recibo, si lo desea.

Yo reconozco que he recibido una copia del aviso de esta oficina de prácticas de privacidad.

Por favor escriba su nombre aquí.

Firma

Fecha

Solo para uso de la oficina

Hicimos todo lo posible para obtener el acuse de recibo por escrito de nuestro aviso de prácticas de privacidad de los pacientes, pero no se pudo obtener debido a que:

El paciente se negó a firmar

Debido a una situación de emergencia que no era posible obtener un acuse de recibo

No fuimos capaces de comunicarse con el paciente

Otro (indique los detalles específicos)

Firma del empleado

Fecha