

Acuse de recibo de aviso de prácticas de privacidad

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Se requiere que le proporcionemos una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, que indica cómo podemos usar y/o divulgar su información de salud. Por favor, firme este formulario para reconocer que recibió el aviso. Puede negarse a firmar este acuse de recibo si lo desea.

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

Firma: _____ Fecha: _____

Solo para uso de oficina

Hemos hecho todo lo posible para obtener un reconocimiento por escrito de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad de este paciente, pero no se pudo obtener este formulario porque:

- El paciente se negó a firmar.
- Debido a una situación de emergencia, no fue posible obtener la firma en acuse de recibo.
- No pudimos comunicarnos con el paciente.
- Otro (Por favor, proporcione detalles específicos) _____

Firma del Empleado: _____ Fecha : _____

Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA

Este formulario no constituye asesoría legal y cubre solo la ley federal, no la estatal.