

CONFIRMACION DE HABER REVISADO

EL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo he revisado el Aviso de Practicas de Privacidad, la cual explica como se puede utilizar la informacion de salud. Yo comprendo que tengo el derecho de pedir y recibir una copia de este documento.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente o del Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Descripcion de la Autoridad del Representante Personal

Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but the acknowledgement could not be obtained because:

- The patient or individual refused to sign this document
- Communications conflicts prohibited us from obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other(Please Specify)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_