

## CONFIRMACION DE HABER REVISADO

### EL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Propósito: Este formulario se utiliza para obtener un acuse de recibo de nuestro Aviso de prácticas de privacidad o para documentar nuestro esfuerzo de buena fe para obtener ese acuse de recibo.

Yo \_\_\_\_\_ he recibido acceso al Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina. \*\* Tiene derecho a negarse a firmar 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) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_