



Aviso de prácticas de privacidad

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información médica protegida sobre usted. El aviso contiene la sección de derechos del paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted tiene derecho a revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de este aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia revisada a petición suya.

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE RECEPCIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Usted puede negarse a firmar este reconocimiento

Yo, _____ he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

(Firma)

(Fecha)

SOLAMENTE _____ USO DE LA OFICINA

Intenté obtener la firma del paciente en reconocimiento en este Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no pude hacerlo como se documenta a continuación:

Fecha: _____ Iniciales: _____

Motivo: _____