



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: _____