

**ACUSE DE RECIBO DE NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Notificación al Paciente:

Se nos exige que le demos una copia de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad, la cual explica de que manera podemos usar y/o revelar información acerca de la salud de usted. Le rogamos que firme este formulario como acuse de recibo de la Notificación. Usted puede negarse a firmar este acuse de recibo si lo desea.

Acuso recibir una copia de la Notificación de Practicas de Privacidad de la oficina.

Por favor, ponga el nombre del paciente en letra de molde: \_\_\_\_\_

**Firma del paciente/Guardián legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**SOLAMENTE PARA USO DE LA AGENCIA**

Hemos hecho todos los esfuerzos por obtener de este paciente un acuse de recibo por escrito de nuestra Notificación sobre Practicas de Privacidad pero no lo hemos obtenido porque:

- ❖ El paciente se negó a firmar
- ❖ Debido a una situación de emergencia no fue posible obtener el acuse de recibo
- ❖ No nos pudimos comunicar con el paciente
- ❖ Otros (*por favor, de detalles concretos*)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_