



ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

3212 (Rev. 03/23) Page 1 of 1

Al firmar debajo, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad y que, por lo tanto, estoy al tanto de cómo el hospital y los centros mencionados al inicio de este aviso podrían utilizar y divulgar mi información médica y de cómo puedo, obtener acceso y controlar esta información. También reconozco y entiendo, que puedo, solicitar copias de avisos individuales que explican las protecciones especiales de privacidad que se aplican a información relacionada con el VIH, la Información relacionada con el tratamiento de la farmacodependencia y el alcoholismo, información sobre la salud mental e información genética.

Firma del paciente o representante personal
de molde

Nombre del paciente o representante personal en letra

Fecha

Descripción de la facultad del representante personal

SOLO PARA USO INTERNO

- ☐ Patient is unable to sign due to condition
☐ Patient refused to sign

Hospital Staff Person's Name

Date & Time