

ACUSE DE RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, * _____, he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina. Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener con respecto a este Aviso.

***Marque uno a continuación**

- Está bien dejar un mensaje detallado para los contactos telefónicos
 Solo deje el número de devolución de llamada sin mensaje para los contactos telefónicos

***La mejor manera de comunicarse conmigo (marque todas las que correspondan a continuación):**

- Teléfono particular
 Teléfono móvil
 Mensaje de texto (para recordatorios de citas)
 Correo electrónico (proporcione la dirección de correo electrónico): _____

*** Indique los nombres de las personas con las que nos permite compartir información clínica (incluir personas que lo atenderán después de la cirugía):** _____

* _____

Nombre del paciente

* _____

Firma del paciente (firma del padre/madre/tutor si el paciente es menor de edad)

* _____

Fecha de hoy

Solo para uso de la oficina

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener el acuse de recibo debido a que:

- El individuo se negó a firmar
 - Barreras de comunicación prohibieron obtener reconocimiento
 - Otro (especificado a continuación)
-