



Sección A: Paciente

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico (Email): _____

Número Seguro Social: _____

Sección B: Acuso de recibo del aviso de prácticas de privacidad:

Yo, _____ reconozco haber recibido un Aviso de Prácticas de Privacidad en el consultorio indicado más arriba.

Firma: _____ Fecha: _____

Si firma esta autorización un representante personal a nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación con el paciente: _____

Sección C: Esfuerzo de buena fe por obtener el acuse de recibo.

Describa su esfuerzo de buena fe por obtener la firma de la persona en este formulario: _____
Proporcione al paciente el formulario de Política de Práctica Privada de HIPAA y explique su importancia.

Describa la razón por la cual la persona no firmó este formulario: _____

Firma:

Testifico que la información anterior es correcta.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Título: _____

Incluya este acuse de recibo en los registros del paciente.

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD