

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Sutter Pacific Medical Foundation

ACUSE DE RECIBO

He recibido el Aviso de prácticas de privacidad. Este Aviso me proporciona información sobre cómo se usará o divulgará mi información de salud protegida.

Fecha

Hora

Firma (paciente/representante)

Si la firma no es del paciente, escriba en letra de imprenta el nombre y parentesco

Nombre

Parentesco

Solo se requiere(n) testigo(s) (2) en caso de consentimiento telefónico, incapacidad física para firmar, o firma ilegible:

Fecha

Hora

Testigo

Testigo

**INCAPACIDAD DE OBTENER EL ACUSE DE RECIBO
(Completar solamente si no se obtuvo una firma)**

Se realizó un esfuerzo de buena fe para obtener el acuse de recibo mencionado anteriormente. En este momento, las circunstancias son las siguientes:

El paciente se niega a firmar

El paciente no es capaz de firmar y no se dispone de ningún representante legal

Fecha

Hora

Firma del empleado