

## CONFIRMACION DE RECIBO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Aviso al Paciente:

Nos han solicitado proveer a usted una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, el cual especifica como podemos usar y/o desglosar la información de su salud. Por favor firme este formulario en señal de recibo de dicho Aviso. Si lo desea puede rehusar firmarlo.

Confirmo que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

---

*Por favor su nombre en letra de imprenta*

---

*Firma*

---

*Fecha*

### PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE

Hemos hecho todo esfuerzo posible para obtener confirmación escrita del recibo de nuestro Aviso de Privacidad por parte de este paciente, pero no pudo obtenerse por lo siguiente:

El paciente rehusó firmar.

Debido a una situación de emergencia no fue posible obtener una confirmación.

No nos fue posible comunicarnos con el paciente.

Otro (*Por favor provea detalles específicos*)

---

*Firma del empleado*

---

*Fecha*