

Formulario PF - 2000

Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad

La práctica reserva el derecho a la modificación de las prácticas descritas en este aviso.

He recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad.

Nombre de paciente (imprimir o tipo) _____

Firma del paciente _____

Fecha _____

Firma del representante del paciente _____

*(Requiere **SÍ** paciente es un menor o adulto que es incapaz de firmar este formulario)*

Relación de representante _____

Documentación del intento de obtener acuse de recibo de las prácticas de privacidad

Se hizo un intento para obtener un acuse de recibo de la notificación de prácticas de privacidad en _____ . No se obtuvo el reconocimiento porque:

El paciente fue sometido a tratamiento de emergencia

El paciente se negó a firmar el reconocimiento

Otros _____

Firma _____

Nombre del paciente: _____

Nombre del miembro del personal: _____

Fecha: _____