

Regla de Privacidad HIPPA

Recibo de Noticia de Práctica de Privacidad

Forma de Reconocimiento Escrita

Reconocimiento de Recibo de la Noticia de Práctica de Privacidad (§164.520(a))

Yo, _____ (el nombre del paciente), entiendo que como parte de mi cuidado de salud, esta oficina crea y mantiene los documentos médicos que describen mi historial médico, síntomas, exámenes y los resultados, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado médico o tratamiento. Yo reconozco que se me ha proporcionado y entiendo que el **Aviso de Prácticas de Privacidad** de esta oficina provee una descripción completa del uso y revelación de mi información médica. Yo entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar el **Aviso de Prácticas de Privacidad** de esta oficina antes de firmar esta forma;
- Que esta oficina reserva su derecho de cambiar el **Aviso de Prácticas de Privacidad** y que enviará una copia del aviso editado a la dirección que he dado antes de ponerlo en práctica, si lo solicito.

Firma del Paciente o Testigo Representante Legal: _____

Nombre del Paciente o Testigo Representante Legal: _____

Fecha: _____

SOLO PARA USO INTERNO DE LA OFICINA

Intentamos obtener reconocimiento escrito del recibo de nuestro de **Aviso de Prácticas de Privacidad**, pero no ha podido ser obtenido porque:

- Individuo rehusó firmar
- Dificultades de comunicación prohibió que obtuviéramos el reconocimiento
- Una emergencia evitó que obtuviéramos el reconocimiento
- Otro (especifique por favor)

Oficial de Privacidad: _____

Fecha: _____