



Acuse de Recibo del Aviso de Practicas de Privacidad

(Archivo en la historia clínica del paciente)

Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Se me ha presentado una copia del Aviso de prácticas de privacidad y entiendo este aviso, que detalla cómo se puede usar y divulgar la información de salud de mi (niño) según lo permitido por las leyes federales y estatales, y esbozar mis derechos con respecto a la información de salud de mi (niño)

Entiendo que CareVille Pediatrics P.A se reserva el derecho de cambiar los términos de su aviso de Prácticas de Privacidad, y de hacer cambios con respecto a toda la información de salud protegida, esta práctica me proporcionará un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado a pedido.

Firmar: _____ Nombre (letra impresa): _____

Relación (si no está firmado por el paciente): _____ Fecha: _____

Solo Para Uso Interno:

Si el Representante del paciente/paciente se niega a firmar el reconocimiento, por favor, la fecha del documento y observe momento en que se presento con el paciente y firme abajo.

Presentada el (fecha y hora): _____

Por (nombre y cargo): _____