

**ACUSE DE RECIBO
DE LA NOTIFICACION DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Yo, _____ certifico que se me ha explicado y he recibido copia de la
(Nombre del Paciente en letra de molde)

Notificación de las Prácticas de Privacidad de esta oficina.

Firma del Paciente

Fecha

En caso de que el paciente no pueda firmar y quién firma este acuse de recibo de la Notificación de las Prácticas de Privacidad es su representante, favor de completar la siguiente información:

Nombre del Paciente

Nombre del Representante Autorizado

Firma del Representante Autorizado

Fecha

Relación con el Paciente

PARA USO DE LA OFICINA

Tratamos de obtener el Acuse de Recibo de nuestra Notificación de las Prácticas de Privacidad, pero no fue posible debido a:

Paciente se negó

Barreras de comunicación

Situación de emergencia

Otras razones

Explique

Firma del Empleado

Fecha