

**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