



RECONOCIMIENTO Y RECIBO DE LA NOTIFICACION DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo he recibido la Notificación de las Prácticas de Privacidad de esta oficina médica, la cual explica como mi información médica puede ser utilizada y divulgada. Yo entiendo que tengo derecho de recibir una copia de este documento.

Firma del Paciente/ Responsable:

Fecha: _____

Esta forma será colocada el expediente medico del paciente y será retenida en el expediente médico durante 6 años. Si el paciente eligió no firmar la forma, por favor comente debajo la razón luego colóquese en el expediente médico.

Comentarios (si aplica):

Forma recibida por:

Nombre: _____ **Fecha:** _____