



**COLLEGES OF MEDICINE AND NURSING
ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

Version of Notice of Privacy Practices Provided: 04/14/2003

**RECIBO DE ADMISIÓN DE
NOTIFICACIÓN DE PRACTICAS PRIVADAS**
Versión Proveída de la Notificación de Prácticas Privadas: 04/14/2003

Con firmar abajo, Yo admito que he proveído una copia de mi Notificación de Practicas Privadas y he sido informado de cómo mi registro de salud debe ser usada y/o revelada y como yo puedo tener acceso y control a esta información.

Firma del paciente (o Representante Personal Autorizado)

Fecha

Escriba el nombre del Paciente (o Representante Personal Autorizado)

Autoridad del Representante Personal (ejemplo, padre, Representante legal, Guardián de salud sustituto)

**DOCUMENTACIÓN DE ESFUERZOS DE BUENA FE
PARA OBTENER AUTORIZACIÓN DEL RECIBO DE NOTIFICACION DE PRACTICAS PRIVADAS**

El Paciente aquí presente se le ha proveído por el servicio una copia de Notificación de Prácticas Privadas del Colegio de Medicina y Enfermería de la USF. Se hizo de Buena Fé, para obtener una aprobación por escrito del recibo de la Notificación. De todas maneras, si el acuse de Recibo no fue obtenido es por una las siguientes razones:

- El Paciente se rehusó a firmar el acuse de recibo.
- El paciente no estaba disponible para firmar o colocar sus iniciales en el acuse de recibo.
- Hubo una emergencia médica y se hará otro intento para obtener un acuse de Recibo en la próxima oportunidad disponible.

Firma del empleado que completa la solicitud

Fecha

Escriba el nombre en letra imprenta del empleado

Rótulo del paciente