
[Insertar nombre del consultorio]

SECCIÓN A: Paciente.

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Número de paciente: _____ Número de seguro social: _____

SECCIÓN B: Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad.

El suscrito, _____, reconoce haber recibido un Aviso de Prácticas de Privacidad en el consultorio indicado más arriba.

Firma: _____ Fecha: _____

Si firma esta autorización un representante personal a nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación con el paciente: _____

SECCIÓN C: Esfuerzo de buena fe por obtener el acuse de recibo.

Describa su esfuerzo de buena fe por obtener la firma de la persona en este formulario: _____

Describa la razón por la cual la persona no firmó este formulario: _____

FIRMA.

Testifico que la información anterior es correcta.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre con letra clara: _____ Cargo: _____

Incluya este acuse de recibo en los registros del paciente.

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE
PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**