
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: ACUSE DE RECIBO

ACUSO DE RECIBO

Al firmar este formulario, usted acepta recibo del “Aviso de Prácticas de Privacidad” del Departamento de Salud del Condado de Mariposa. Nuestro “Aviso de Prácticas de Privacidad” le informa cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida. Le recomendamos que lo lea por completo.

Podemos cambiar nuestros “Aviso de Prácticas de Privacidad.” Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia del aviso revisado por: accediendo a nuestro sitio web en www.mariposacounty.org/health o comuníquese a nuestra oficina al 209-966-3689 o al 1-800-459-4466.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de nuestro "Aviso de Prácticas de Privacidad," comuníquese con el oficial de privacidad al 209-966-3689.

Acuso recibo del “Aviso de Prácticas de Privacidad” del Departamento de Salud del Condado de Mariposa

Firma: _____ Fecha: _____
(Paciente o representante legal)

Si firmado por alguien que no sea paciente, indique la relación: _____

Nombre: _____
(Representante legal)

Esta autorización expirará tres (3) años desde la fecha de la firma.

INCAPACIDAD PARA OBTENER RECONOCIMIENTO

El paciente recibió el aviso de prácticas de privacidad pero no firmó este acuse de recibo de dicho aviso porque:

- Paciente salió de la oficina antes de reconocimiento podría ser firmado.
- Paciente no desea firmar este formulario.
- Paciente no puede firmar este formulario: (explicar: _____)

El paciente no recibió el aviso de prácticas de privacidad y no desea firmar este formulario.

- Paciente se negó a firmar este reconocimiento, aunque el paciente se le preguntó a hacerlo y el paciente fue dado el aviso de prácticas de privacidad.
- Otro motivo: (Explicación _____)

















