



RECIBO DEL AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre del paciente o del que suscribe: _____ (Por favor escriba con letra de molde el nombre del paciente o del que suscribe)

Yo, _____ (Escriba con letra de molde el nombre del paciente, del que suscribe, del guardián, del padre o de la madre o del tutor legal que firma abajo)

he recibido el Aviso sobre Prácticas de Privacidad que describe la forma en que mi información médica podrá ser utilizada y divulgada por el Condado de Marin y como puedo tener acceso a dicha información médica.

_____ (Nombre de la institución, proveedor o programa)

Firma: _____ Fecha: _____

Si no firma el paciente, indique el parentesco: _____

Nota: Los padres deberán tener la custodia legal. Los tutores legales y guardianes deberán acreditarse debidamente.

Esta sección deberá ser llenada exclusivamente por el Condado de Marin

El paciente sí recibió el Aviso de Prácticas de Privacidad (impreso o en audiocasette), pero no firmo el formulario debido a que:

- El paciente salió del consultorio antes de firmar el recibo.
El paciente rehusó firmar el recibo.
El paciente no puede firmar el recibo porque: _____

El paciente no recibió el Aviso de Prácticas de Privacidad (en formato impreso o en audiocasette), debido a que:

- El paciente necesitaba tratamiento de emergencia.
El paciente se negó a aceptar una copia impresa del Aviso y se negó a firmar este recibo.
El paciente se rehusó a escuchar la versión en audiocasette del Aviso y rehusó firmar este recibo

Otros motivos: _____

Nombre _____ (Escriba con letra de molde el nombre del proveedor o del representante del proveedor)

Firma: _____ Fecha: _____ (Firma del proveedor o del representante del proveedor)