



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

3212 (Rev. 03/23) Página 1 de 1

Al firmar debajo, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad y que, por lo tanto, estoy al tanto de cómo el hospital y los centros mencionados al inicio de este aviso podrían utilizar y divulgar mi información médica y de cómo puedo obtener acceso y controlar esta información. También reconozco y entiendo que puedo solicitar copias de avisos individuales que explican las protecciones especiales de privacidad que se aplican a información relacionada con el VIH, la información relacionada con el tratamiento de la farmacodependencia y el alcoholismo, información sobre la salud mental e información genética.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o representante personal  
(en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha/Hora

\_\_\_\_\_  
Descripción de la facultad del representante personal

**SÓLO PARA USO INTERNO**

- El paciente no es capaz de otorgar su consentimiento debido a su afección
- El paciente se negó a firmar

\_\_\_\_\_  
Nombre del miembro del personal del hospital

\_\_\_\_\_  
Fecha y hora