



* A D 0 0 0 6 *

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