

# WESTCHESTER MEDICAL REGIONAL PHYSICIAN SERVICES, P.C.

## ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

*Al firmar a continuación reconozco que se me ha facilitado una copia del Aviso de prácticas de privacidad, por lo que me han informado de cómo WMRPS puede usar y divulgar la información sobre mi salud, y cómo puedo obtener acceso y control de esta información. 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

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma del representante

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Descripción de la Autoridad representativa

\*\*\*\*\*

### **No se ha obtenido la firma del acuse de recibo**

Documente sus esfuerzos para obtener el acuse de recibo y la razón por la cual no se obtuvo.

- Aviso de prácticas de privacidad proporcionado .....El paciente no puede firmar
- Aviso de prácticas de privacidad proporcionado..... El paciente se negó a firmar
- Aviso de prácticas de privacidad enviado por correo al paciente ....A la espera de la firma
- Otro motivo por el cual el paciente no firmó \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del representante de WMRPS

\_\_\_\_\_  
Fecha