

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 proporcionadoEl 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 pacienteA la espera de la firma
- Otro motivo por el cual el paciente no firmó _____

Firma del representante de WMRPS

Fecha