

Sobre nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad

Nombre del Paciente _____

MR# _____

Nos comprometemos a proteger la información médica acerca de usted en cumplimiento de la ley. Se afirma lo siguiente en el Aviso de Prácticas de Privacidad adjunto:

- Nuestros deberes con respecto a la privacidad de información médica acerca de usted.
- Cuando podremos divulgar información médica acerca de usted.
- Sus derechos con respecto a información médica acerca de usted.

La ley nos exige darle un ejemplar de este aviso y obtener por escrito su acuse de recibo de este aviso. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad también está a su disposición en nuestro sitio de Internet en:

www.borinquenhealth.org.

Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad por parte del paciente

Yo, _____, por el presente acuso recibo de un ejemplar del Aviso de Prácticas de Privacidad de Borinquen Medical Centers.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Paciente o del Representante del Paciente (si corresponde)

Fecha

Descripción de la autoridad legal conferida para actuar en nombre del Paciente

Fecha

Para uso exclusivo de la oficina

Intentamos obtener acuse de recibo de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad por escrito pero no pudimos obtenerlo por lo siguiente:

_____ La persona se negó a firmar.

_____ Las barreras de comunicación impidieron que se obtuviera el acuse de recibo.

_____ Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo.

_____ Otro motivo _____

Nombre del Empleado/Empleada

Firma del Empleado/Empleada

Fecha