

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ACUSO DE RECIBO

UNIT NUMBER

PT. NAME

BIRTHDATE

LOCATION

DATE

La notificación de prácticas de privacidad de la UCSF le proporciona información acerca de cómo podremos utilizar y revelar información médica respecto de su persona.

Además de la copia que le hemos suministrado, se pueden obtener copias de la presente notificación a través de nuestro sitio web en <http://www.ucsfhealth.org> o en cualquier parte en el Centro Médico UCSF.

Reconozco que he recibido la notificación de prácticas de privacidad.

Firma del paciente o del representante del paciente

____ / ____ / ____
Fecha

Su nombre en letra de imprenta

Relación con el paciente

Nombre del intérprete (si corresponde)

.....

En caso de no obtenerse un reconocimiento por escrito, sírvase indicar el motivo

- Se entregó la notificación de prácticas de privacidad, pero el paciente es incapaz de firmar
- Se entregó la notificación de prácticas de privacidad, pero el paciente se negó a firmar.
- Otro: _____

Firma del representante de la UCSF

____ / ____ / ____
Fecha

Nombre en letra de imprenta

Departamento