

San Juan Basin Public Health está comprometida con la protección de su privacidad y el cumplimiento de sus derechos bajo el Acta de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA). Al firmar esta forma usted acusa de recibo de la “Noticia de Privacidad de Prácticas” de San Juan Basin Public Health, la cual explica como nosotros podemos usar y divulgar (compartir) su información protegida de salud (PHI por sus siglas en inglés), según lo provisto por HIPAA. Le animamos a leer el Aviso por entero.

Acuse de recibo de notificación (por favor use letra de molde)

Esto es para reconocer que la siguiente persona ha recibido una copia de la “Noticia de Privacidad de Prácticas”.

Por medio del presente acuso recibo de una copia de esta Notificación de Prácticas de Privacidad de este consultorio médico.

Nombre :	Fecha de nacimiento:
Dirección:	
ciudad /State/Zip:	E-Mail:
Teléfono de casa:	Otros/tel'efonos celulares:

Firma: _____ Fecha: _____

Si no firma el paciente, por favor indique su relación con el cliente.

Parentesco:

- padre o tutor legal de un paciente menor de edad
- tutor legal o curador de un paciente incapacitado
- beneficiario o representante personal del paciente difunto
- Otro, por favor especifique

Nombre del representante: _____

Dirección del representante:	
Ciudad/Estado/Código Postal:	E-Mail:
Teléfono:	Otro/Teléfono Celular:
Su relación con la persona	

Firma: _____ Fecha: _____

Para uso exclusivo de la oficina:

Esfuerzo de buena fe para obtener reconocimiento

(Para ser completado por personal de SJBPH si el cliente o su representante legal declina firmar esta forma)

Describe los esfuerzos de buena fe hechos para obtener los reconocimientos del individuo y las razones por las que él o ella declina firmar la forma.

- Formulario firmado recibido por: _____
- No se aceptó el acuse de recibo:

Intentos para obtenerlo:

Razones de la negativa:

Firma del representante de SJBPH _____ Fecha _____

Nombre completo _____ Posición _____