

Sección A: El paciente

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ correo electrónico _____

Número de paciente _____ Número de seguridad social _____

Sección B; Acuse de recibo del aviso de práctica de privacidad.

Yo, _____, reconozco que he recibido un aviso de prácticas de privacidad de la práctica mencionada anteriormente.

Firma _____ Fecha _____

Si un representante personal firma esta autorización en nombre del individuo, complete lo siguiente:

nombre de representante personal _____

relación con el individuo; _____

Sección C; Esfuerzo de buena fe para obtener acuse de recibo

Describa su esfuerzo de buena fe para obtener la firma del individuo en este formulario: _____

Describa la razón por la cual la persona no firma este formulario: _____

Doy fe de que la información anterior es correcta.

Firma _____ Fecha _____

Imprimir nombre: _____ Título _____