

NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD

ACUSO DE RECIBO

Al firmar este formulario, usted acusa el recibo del “Informe de Normas de Confidencialidad” de Camino Health Center. Nuestro “Aviso de prácticas de privacidad” le informa cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida. Le recomendamos que lo lea por completo.

Podemos cambiar nuestro “Aviso de prácticas de privacidad.” Si hacemos modificaciones en el informe, usted puede obtener una copia del informe enmendado de este modo: comuníquese con nuestra organización llamando al número (949) 240-2272.

Si tiene alguna pregunta acerca de nuestro “Informe de Normas de Confidencialidad” puede comunicarse con:

Oficial de Normas de Confidencialidad
Camino Health Center
30300 Camino Capistrano
San Juan Capistrano, CA 92675
(949) 240-2030

Acuso el recibo del “Informe de Normas de Confidencialidad” de Camino Health Center.

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____

(paciente o representante legal)

Si no lo firma el paciente indique la relación con éste: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

(representante legal)

(sobre)

IMPOSIBILIDAD DE OBTENER EL ACUSO DE RECIBO

Complete sólo si no obtiene la firma. Si no es posible obtener el acuso de recibo de la persona, describa las gestiones de buena fe que ha realizado con el fin de obtener dicho acuso, y los motivos por el cual no fue obtenido.

Nombre del paciente: _____

Motivos por el cual no se obtuvo el acuso de recibo:

- El paciente se negó a firmar este acuso de recibo a pesar de que se le solicitó hacerlo y recibió el Informe de Normas de Confidencialidad.
- Otro motivo: _____

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(representante del proveedor)

Nombre en letra de imprenta: _____
(representante del proveedor)