

**NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD**  
**Para Información de Salud Mental Con Sujeción a la Ley Lanterman-Petris-Short**

***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)