

Name: \_\_\_\_\_  
(Last Name) (First Name) (Middle Initial)

DOB: \_\_\_\_\_ MRN#: \_\_\_\_\_

HAR#: \_\_\_\_\_ CSN#: \_\_\_\_\_

## ACUSE DE RECIBO E INSTRUCCIONES PARA LISTADO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE (INTERNADO)

(Inpatients, Surgical/Pre-Admission Testing, OPSU, ED/ER)

### ACUSE DE RECIBO DE AVISO DEL PACIENTE

1. Reconozco que he recibido o me han ofrecido una copia del Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad de NHRMC. \_\_\_\_\_ (Iniciales)
2. Reconozco mi derecho y me han ofrecido la opción de solicitar recibir comunicaciones sobre mi información de salud personal a través de medios alternativos o en lugares alternativos. Entiendo que NHRMC puede negarse a complacer mi solicitud si esta no es razonable. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

### INSTRUCCIONES PARA LISTADO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Si  / No  quiero que mi nombre, ubicación, condición general y afiliación religiosa sean revelados como parte del listado de información del paciente de NHRMC. Entiendo que si no doy mi consentimiento para la divulgación, la información en mi nombre no será revelada a visitas tales como familiares y amigos, personas que llamen de fuera, floristas y miembros del clero, etc. Se permiten las visitas y las llamadas telefónicas, pero seré responsable de proporcionar la información.

### \*OPCIONAL\*

### LISTA DE FAMILIARES/AMIGOS PARA DIVULGACIONES POR TELÉFONO DE INFORMACIÓN DETALLADA SOBRE EL PADECIMIENTO DURANTE ESTA HOSPITALIZACIÓN

	Nombre	Relación
1.		
2.		
3.		

Entiendo que las personas identificadas arriba deben proporcionar a NHRMC la siguiente palabra código antes de que se proporcione información y que soy responsable de notificarles esta palabra código: \_\_\_\_\_ . (palabra código)

Nombre del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Nombre del representante (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Relación con el representante \_\_\_\_\_ Razón por la que el paciente no pudo firmar por sí mismo  
 Autoridad para actuar en nombre del paciente \_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Nombre del testigo (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

### PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE NHRMC

Si no se obtiene el acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad del paciente o de su representante, sírvase explicar sus intentos para obtener el acuse de recibo de él/ella y el motivo por el que no pudo obtenerlo:

**ESTE FORMULARIO ES PARTE DEL EXPEDIENTE MÉDICO PERMANENTE**



\*0980\*

Privacy Acknowledgement

AO-047A (2/2015)