



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

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

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

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

(Health & Diagnostic sites, Lab, Radiology, Zimmer Center, NHRMC-PG, NHRMC Physician Specialists)

### 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 DE PRIVACIDAD

**Sí**  **No**  ¿Podemos comentar los detalles con respecto a su cuidado, sus resultados de las pruebas, información de facturación o información de las citas con otra persona que no sea usted? Si contesta que sí, sírvase enumerar el nombre y la relación de cada persona abajo.

	Nombre	Relación
1.		
2.		
3.		

**Sí**  **No**  ¿Podemos dejar mensajes detallados en su contestadora o correo de voz (p.ej., resultados de pruebas)? Si es así, ¿qué número de teléfono debemos usar para este fin? Por favor proporciónelo: \_\_\_\_\_

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-066A (2/2015)