

ANEJO B

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, _____, certifico que he recibido una copia del
(Nombre del paciente – letra de molde)

Aviso de Prácticas de Privacidad del LSUHSC-NO en esta fecha.

Firma del paciente

Fecha: _____

Documentación del esfuerzo de buena voluntad del proveedor de cuidado de la salud
para obtener el acuse de recibo

Si **no se pudo** obtener el acuse de recibo antes de la fecha del primer servicio provisto al paciente o, en una situación de emergencia, tan pronto sea razonablemente viable una vez resuelta la emergencia, describa a continuación los esfuerzos realizados para obtener el acuse de recibo por escrito y las razones por las cuales no se pudo obtener. Si el paciente rehusó proveer un acuse de recibo por escrito, por favor, establézcalo.

Esfuerzos por obtener el acuse de recibo por escrito:

Razones por las cuales no se pudo obtener el acuse de recibo por escrito:

(Firma del proveedor de cuidado de la salud)

Fecha

(Nombre en letra de molde del proveedor de cuidado de la salud)