

ANEXO B

**RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN DEL
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

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

Aviso de prácticas de privacidad de LSUHSC-NO en esta fecha.

Firma del paciente

Fecha: _____

Documentación del proveedor de salud sobre los esfuerzo de buena fe
para obtener el reconocimiento de recepción

Si el reconocimiento **no pudo ser obtenido** antes de la fecha del primer servicio al paciente, o, en una situación de emergencia, tan pronto como sea razonablemente posible después de que la emergencia haya sido resuelta, describa a continuación los esfuerzos realizados para obtener el reconocimiento escrito y las razones por las cuales no se pudo obtener el reconocimiento escrito. Si el paciente se negó a proporcionar el reconocimiento escrito, por favor indíquelo.

Esfuerzos para obtener el reconocimiento escrito:

Razones por las cuales no se pudo obtener el reconocimiento escrito:

(Firma del proveedor de salud)

Fecha

(Nombre en letra de molde del proveedor de salud)