

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ACUSE DE RECIBO

Reconozco _____ que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro Metodista de Cirugía Ambulatoria Mansfield.

Firma del paciente

Fecha

Si lo completa el representante personal del paciente, escriba en letra de molde y firme su nombre en el espacio a continuación:

Representante Personal (Impreso)

Firma del Representante Personal

Relación

Solo para uso central

Complete esta sección si este formulario no está firmado y fechado por el paciente o su representante

He hecho un esfuerzo de buena fe para obtener un acuse de recibo por escrito del Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro de Cirugía Ambulatoria Metodista Mansfield, pero no pude hacerlo por la siguiente razón:

El paciente se negó a firmar

El paciente no pudo firmar

Nombre del empleado

Fecha