

Reconocimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad

MIAMI GLOBAL OB/GYN, LLC

Reconozco que, conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA), poseo ciertos derechos de privacidad en relación con mi información de salud protegida. Confirmando que he recibido, o se me ha ofrecido la oportunidad de recibir, una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta práctica. Asimismo, comprendo que esta práctica se reserva el derecho de modificar dicho aviso en cualquier momento, y que puedo solicitar y obtener una copia actualizada del mismo cuando lo requiera.

Nombre del paciente o tutor legal (en letra de imprenta)

Fecha

Firma

Uso de oficina solamente:

Hemos hecho el siguiente intento de obtener la firma del paciente que reconoce el recibo de la notificación de prácticas de privacidad:

Fecha: _____ Intento: _____

Nombre De Empleado: _____