

FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE HIPAA

Integrated Health Services

Se requiere que le proveamos con una copia de nuestro Aviso de Practicas de Privacidad, que declara como podemos usar y/o reveler su informacion de salud.

Por favor firme esta forma para reconocer que se ha hecho consciente de esta política.

Reconozco que me ha hecho consciente que el Aviso de Practicas de Privacidad esta disponible para mi revisión.

Imprima su nombre:

Firma:

Fecha:

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

Hemos hecho todos los esfuerzos para obtener escrito acuse de recibo de nuestra notificación de privacidad de este paciente, pero no se pudo obtener porque:

- El paciente se negó a firmar
- Debido a una situación de emergencia no fue posible obtener un acuse de recibo
- No fuimos capaces de comunicarnos con el paciente
- Otros (sírvase proporcionar detalles específicos)

FIRMA DEL EMPLEADO:

FECHA: