



**ACUSO DE RECIBO DEL AVISO DE LAS PRACTICAS DE LA PRIVACIDAD**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Número del Registro Médico \_\_\_\_\_

Fecha de la Visita \_\_\_\_\_

Firmo este formulario en reconocimiento de que he recibido una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad del Centro De Excelencia en el Cuidado del Ojo.

- El Centro de Excelencia en el Cuidado del Ojo tiene el derecho de modificar las condiciones del aviso, pero si así lo hiciera, tiene la obligación de desplegar el nuevo Aviso en la sala de espera, y de suministrarme una copia si así lo solicito.
- Entiendo que el Aviso explica algunas de las maneras en que el Centro de Excelencia en el Cuidado del Ojo puede utilizar o divulgar la información médica que aplica a mi salud.
- El Aviso también explica mis derechos referente a la información médica que aplica a mi salud.

Yo soy el Paciente o tengo la autorización de actuar por el Paciente, debido a las razones abajo expuestas.

Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del Representante del Paciente sí  
Este es incapaz de firmar \_\_\_\_\_

Parentesco del Representante del Paciente con  
El Paciente \_\_\_\_\_

**PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE LA CLINICA SI EL FORMULARIO NO FUE FIRMADO**

1. ¿Se le suministró al Paciente una copia del Aviso de las Prácticas de la Privacidad del Centro de Excelencia en el Cuidado del Ojo? \_\_\_\_Si \_\_\_\_No
2. Explique brevemente los esfuerzos que se hicieron para obtener el Reconocimiento del Paciente y porqué el Paciente no pudo o no quiso firmar este formulario:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del Personal de la Clínica \_\_\_\_\_

