



**NOTIFICACION DE LA PRIVACIDAD DE
MI INFORMACION MEDICA**

Ud puede rehusar firmar esta formulario

MRN _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento: _____

Por medio de la presente manifiesto que he sido notificado o he recibido el formulario acerca de la privacidad de mi información medica HIPPA

Firma del Paciente / Representante /Padres/Tutor (guarda legal) Fecha: _____

Firma del Paciente / Representante /Padres/Tutor (guarda legal)

Relación con el Paciente

FOR OFFICE USE ONLY

Tratamos de obtener la constancia escrita de la notificación personal de la privacidad de la información medica , pero no se puedo firmar porque:

- _____ Individuo rehusa firmar
- _____ Barreras en la comunicación no permiten obtener su aprobación
- _____ Una situación de emergencia nos impidió obtener la constancia
- _____ Otra (Porfavor Especifique)

