

Formulario de Acuse de Recibo de las Prácticas de Confidencialidad



Nombre de la paciente:

Fecha de nacimiento: / /

He recibido una copia de la Notificación de prácticas de privacidad de Cuidados Femeninos Avina.

Me ofrecieron una copia de la Notificación de prácticas de privacidad de Cuidados Femeninos Avina, pero me rehusé a recibirla.

Firma de la paciente:

Fecha: / /

(Padre/madre/tutor Firma, si corresponde)

Para uso exclusivo del consultorio:

Se realizó un esfuerzo por suministrar una copia de la Notificación de prácticas de privacidad de Cuidados Femeninos Avina a esta paciente y por obtener un acuse de recibo de parte de la misma.

La paciente:

Aceptó

Se negó a recibir la notificación y se rehusó a firmar el acuse de recibo.

Nombre del/de la representante de Cuidados Femeninos Avina:

Firma del/de la representante de Cuidados Femeninos Avina:

Fecha: / /
