

Aviso de prácticas de privacidad del Departamento Estal de Servicios de Salud de Texas

ACUSE DE REVISIÓN

Fecha: _____

He revisado el Aviso de prácticas de privacidad del Departamento Estal de Servicios de Salud de Texas (versión en vigor el 20 de julio de 2015), el cual explica el uso que se le dará a mi información médica y las formas en que está se revelará. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este aviso al solicitarla.

Nombre del paciente (en letra de molde)

Firma del paciente

Si quien ha completado el formulario ha sido el representante personal del paciente, el representante por favor ponga su nombre en letra de molde y firme en el siguiente espacio.

Representante personal (en letra de molde)

Firma del representante personal

For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please be specific):

Employee Signature

Date