

Reconocimiento del Aviso De Privacidad

EPE, LLC

Entiendo que bajo el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Reconozco que he recibido o he tenido la oportunidad de recibir una copia de su aviso de prácticas de privacidad. También entiendo que esta práctica tiene el derecho de cambiar su aviso de prácticas de privacidad y que puedo contactar con la práctica en cualquier momento para obtener una copia actual de la notificación de prácticas de privacidad.

Nombre del paciente o la Legal de guarda (impresión)

Fecha

Firma

Uso de oficina solamente:

Hemos hecho el siguiente intento de obtener la firma del paciente reconoce el recibo de la notificación de prácticas de privacidad:

Fecha: _____ Intento: _____

Nombre De Empleado: _____