



## CENTRO DE SALUD COMUNITARIO DEL CONDADO DE WILL

### Acuse de recibo de notificación conjunta de prácticas de privacidad

Nuestro aviso conjunto de prácticas de privacidad ("Aviso") proporciona información sobre: 1) los derechos de privacidad de nuestros pacientes; y 2) cómo podemos usar y divulgar información médica protegida sobre nuestros pacientes. Las regulaciones federales exigen que les demos a nuestros pacientes o a sus representantes autorizados nuestro Aviso antes de que se firme este acuse de recibo.

Al firmar este formulario, usted sólo está reconociendo que se le ha proporcionado nuestro Aviso.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del  
paciente/representante autorizado

Autoridad del representante para firmar por el paciente (por favor marque una casilla)

Padre o madre                       Tutor                       Poder notarial

Otro: \_\_\_\_\_