

University of North Texas Health Science Center at Fort Worth

**Acuse de Recibo del Aviso sobre Prácticas de Confidencialidad**

Yo acuso recibo de una copia del Aviso sobre Prácticas de Confidencialidad de esta institución médica.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si quien firma no es el paciente, por favor indique su relación con el paciente:

- padre, madre o tutor legal de un paciente menor de edad
- tutor legal o protector de un paciente adulto discapacitado
- beneficiario o representante personal del paciente fallecido
- Otra: \_\_\_\_\_

Escriba en letra de molde el nombre de la persona que firma si no es el paciente:

\_\_\_\_\_

-----

*PARA USO OFICIAL SOLAMENTE:*

El Documento firmado fue recibido por: \_\_\_\_\_

Acuse de Recibo negado:

Esfuerzos para obtenerlo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Motivos por los que fue negado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

*Para más información, por favor llame al Oficial Institucional de Confidencialidad (Institutional Privacy Officer) a la extensión 0270 o llame al Director de Cumplimiento Reglamentario (Director of Regulatory Compliance) a la extensión 2571.*