



Community Health Connections

We take great care of you!

Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN	
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	FECHA DE HOY

Yo por este medio reconozco que he recibido una copia de la Notificación de Aviso de Prácticas de Privacidad de CHC.

Yo entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad describe como CHC puede usar y revelar mi información médica y de facturación. El Aviso de Prácticas de Privacidad también describe que CHC me informa de mis derechos y como puedo obtener más información.

FIRMA DEL PACIENTE/PADRES/REPRESENTANTE LEGAL	FECHA	RELACIÓN AL PACIENTE

Reconocimiento obtenido por: (SOLO PARA USO DEL PERSONAL DE CHC)

Por favor imprima su nombre y también sus iniciales

Enviar este documento al Departamento de Records Médicos y archivar apropiadamente en el expediente del paciente.

A continuación documente la razón si no se obtiene el acuse de recibo
