

# Recibo de Notificación de políticas de privacidad



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Clínica: \_\_\_\_\_

Número de cuenta del paciente: \_\_\_\_\_

Pacific University respeta su privacidad y solo utiliza o divulga su información médica cuando sea necesario, apropiado, requerido por la ley o con su autorización. Nuestra Notificación de prácticas de privacidad describe los posibles usos y divulgaciones de su información de salud por nuestras clínicas de asistencia médica, al igual que sus derechos de privacidad.

**Reconozco que he recibido la *Notificación de prácticas de privacidad* por parte de la clínica de Pacific University.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si usted firma como representante personal del paciente, por favor describa su relación o parentesco con el paciente y la fuente de autoridad, si corresponde, para firmar este formulario (por ejemplo, padre, madre, tutor, agente nombrado bajo el poder notarial de atención médica):

\_\_\_\_\_  
Relación/Parentesco con el paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma del representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Fuente de autoridad: \_\_\_\_\_

Aprobado: abril/30/2013

Revisado:

Revisado: 16 de agosto de 2013; octubre de 2017, junio de 2018