



ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por la presente reconozco que he recibido una copia del aviso de prácticas del centro de Comprehensive Orthopedic, PLLC de privacidad.

Representante autorizado de la firma del paciente o paciente

Imprimir el nombre del paciente

Fecha

Como autorizado representante el paciente, mi relación con el paciente es:

El paciente no ha podido firmar porque:

-----OR-----

CERTIFICACIÓN DE LOS ESFUERZOS DE BUENA FE PARA OBTENER RECONOCIMIENTO

Certifica que, como un asociado o agente del centro de Comprehensive Orthopedic, PLLC, Center and Facilities, he hecho un esfuerzo de buena fe para obtener de la paciente o el paciente representante autorizado un reconocimiento escrito de aviso de prácticas del centro de Comprehensive Orthopedic, PLLC, de privacidad de conformidad con la política de la administración del centro de Comprehensive Orthopedic, PLLC, Center & Facilities "Notificación de requerimientos de prácticas de privacidad".

Imprimir el nombre de departamento, posición y Associate/agente

Firma del asociado/agente

Fecha

Razones para no obtener reconocimiento:

_____ Condición médica del paciente (crítica, inconsciente, etc.).

_____ Barrera del idioma

_____ Paciente se niega a firmar (razón dijo: