

## ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar este formulario, usted acusa recibo del *Aviso de prácticas de privacidad* que le he dado a usted. Mi *Aviso de prácticas de privacidad* proporciona información sobre cómo puedo utilizar y divulgar su información de salud protegida. Lo invito a leerlo en su totalidad.

Mi *Aviso de prácticas de privacidad* está sujeto a cambios. Si cambio mi aviso, usted puede obtener de mí una copia del aviso revisado poniéndose en contacto conmigo en [insertar el número de teléfono].

Si tiene alguna pregunta acerca de mi *Aviso de prácticas de privacidad*, póngase en contacto conmigo en: [insertar dirección y número de teléfono].

Acuso recibo del *Aviso de prácticas de privacidad* de [nombre de la entidad cubierta].

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(paciente / padre / custodio / tutor)

---

## IMPOSIBILIDAD DE OBTENER ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He hecho intentos de buena fe para obtener el acuse de recibo de mi *Aviso de prácticas de privacidad* por parte del paciente, entre ellos [describir los intentos de buena fe]. Sin embargo, debido a [insertar razones por las cuales no se obtuvo el acuse de recibo] no he podido obtener el acuse de recibo de mi paciente.

Firma del proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_