

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICE
ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT - SPANISH
ACUSE DE RECIBO DEL AVISO PRÁCTICAS
DE PRIVACIDAD**

UNIT NUMBER

PT. NAME

BIRTHDATE

LOCATION

DATE

El Aviso de Prácticas de Privacidad de UCSF le proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar la información de salud protegida que tenemos de usted.

Además de la copia que le hemos proporcionado, podrá obtener copias del aviso actual en nuestro sitio web en <http://www.ucsfhealth.org> y a través del Sistema de Salud de UCSF.

Por medio del presente, confirmo que recibí el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del Paciente o del Representante del Paciente

____ / ____ / ____
Fecha

Nombre en letra de imprenta

Relación con el Paciente

Nombre del Intérprete (si corresponde)

Si no se obtiene un acuse de recibo escrito, marque el motivo:

- Aviso de Prácticas de Privacidad Entregado: el Paciente está Impedido para Firmar
- Aviso de Prácticas de Privacidad Entregado: el Paciente se Rehúsa a Firmar
- Otro _____

Firma del Representante de UCSF

____ / ____ / ____
Fecha

Nombre en letra de imprenta

Departamento

876-0605 (Rev 09/13) WorkflowOne WHITE - MEDICAL RECORD YELLOW - PATIENT OR PATIENT'S REPRESENTATIVE