

FRIENDS OF FAMILY HEALTH CENTER

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Consentimiento de Recibo

Al firmar este formulario usted confirma haber recibido y comprendido el *Aviso de prácticas de privacidad* del centro de salud **Friends of Family Health Center**. Nuestro *Aviso de prácticas de privacidad* ofrece información acerca del modo en que podemos utilizar y revelar información médica sobre usted. Le recomendamos que lo lea por completo.

Nuestro *Aviso de prácticas de privacidad* está sujeto a cambios. Si le hacemos cambios a este aviso usted podrá obtener copias de la versión actualizada si llama al (562) 690-0400 o viene a nuestro centro de salud Friends of Family Health Center ubicado en el 501 S. Idaho St., Ste. 100, La Habra CA, 90631.

Si usted tiene alguna pregunta sobre nuestro *Aviso de prácticas de privacidad* por favor llame a:
Mark Varallo, D.O., (562) 690-0400.

Yo reconozco que he recibido el *Aviso de prácticas de privacidad* del centro de salud *Friends of Family Health Center*.

Nombre: _____

Firma: _____
(paciente/padre/conservador/guardian)

Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____

IMPOSIBILIDAD DE OBTENER CONFIRMACIÓN

Complete sólo si no obtiene la firma del paciente.

Describa los intentos de buena fe realizados para obtener el consentimiento del paciente y las razones por la cual esta forma no fue firmada

Firma del representante del proveedor: _____ Fecha: _____