



**Aviso de Prácticas de Privacidad
Acuse de Recibo**

Tengo entendido que, en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro médico (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida (PHI). Reconozco que he recibido o tenido la oportunidad de recibir una copia de MedLink Georgia's Aviso de Prácticas de Privacidad. También entiendo que MedLink Georgia tiene derecho a cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad y que me puedo poner en contacto con cualquier oficina para obtener una copia de la notificación de prácticas de privacidad.

Además, acepto que he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de cómo se utilizará mi información

Nombre impreso del paciente	Fecha
Firma del paciente	O
Representante del Paciente (impresa)	La firma

Este documento será archivado en la historia clínica electrónica del paciente, como es requerido por las regulaciones HIPAA. El Aviso de prácticas de privacidad será proporcionado a pedido en formatos alternativos para personas con discapacidades o en un idioma distinto del inglés para personas con conocimientos limitados del inglés.

Sólo para uso interno:

Hemos realizado el siguiente intento de obtener la firma del paciente/representante aceptando que tu recibió el aviso de prácticas de privacidad:

- Paciente/representante se negó a firmar
- Una situación de emergencia nos ha impedido la obtención de reconocimiento
- Barreras de comunicación nos prohíbe la obtención de reconocimiento
- Otros _____

Nombre del miembro del personal (impresa)	La firma	Fecha
---	----------	-------