

# UT Southwestern Medical Center

## NOTIFICACIÓN DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

SSN: XXX-XX-\_\_\_\_-\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

Su firma abajo indica que le han ofrecido una copia del aviso medico de UT Southwestern Medical Center de las prácticas de privacidad. Si usted tiene cualesquiera preguntas sobre el aviso de las prácticas de privacidad, por favor llame el oficial de privacidad de UT Southwestern Medical Center en 214-648-6080.

Me han ofrecido el aviso de las prácticas de privacidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente Impreso Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Legal del Representante del Paciente Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Legal del Representante del Paciente Impreso Fecha

\_\_\_\_\_  
Relacion al Paciente Fecha

Describa por favor la relación al paciente con excepción de uno mismo. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

La voluntad al UT Southwestern Medical Center hace un esfuerzo de la buena fe de obtener un reconocimiento escrito de recibo del aviso proporcionado al individuo. Si el paciente es poco dispuesto y/o incapaz firmar este reconocimiento, documento al sudoeste de la necesidad de UT Southwestern Medical Center sus esfuerzos de la buena fe de obtener tal reconocimiento y de registrar la razón por la que el reconocimiento no fue obtenido.

Razón: \_\_\_\_\_

Fecha del Aviso enviado al paciente: \_\_\_\_\_ Firma del Personal: \_\_\_\_\_