

Acuse de recibo de la Notificación de las Normas de Privacidad
RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Su firma al pie del presente formulario indica que se le ha hecho entrega de la Notificación de las Normas de Privacidad de este establecimiento y otros incluidos dentro del Organismo Híbrido del Condado de Riverside.

Nuestra Notificación de las Normas de Privacidad le proporciona información acerca de la manera en que podríamos usar y revelar su información médica protegida. Le recomendamos leer el documento detalladamente.

La Notificación de las Normas de Privacidad está sujeta a modificaciones. Si hacemos cambios a la notificación, usted podrá obtener una copia de la notificación enmendada en nuestra página de la red de internet RUHealth.org o comunicándose con la Oficina de Privacidad al número telefónico (951) 486-4659.

Si tiene alguna pregunta acerca de nuestra Notificación de las Normas de Privacidad, por favor comuníquese con la Oficina de Privacidad al número telefónico (951) 486-4659.

Firma del paciente o su representante legal

Nombre y apellido del paciente o su representante

Fecha y hora de la firma

IMPOSIBILIDAD DE OBTENER EL ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE

Intentamos obtener el acuse de recibo por escrito de la Notificación de las Normas de Privacidad pero no se pudo debido a que:

_____ La persona se rehusó a firmar.

_____ Una situación urgente nos impidió obtener el acuse de recibo, pero se hará otro intento en cuanto se presente la oportunidad.

_____ El paciente no puede o no tiene la facultad para firmar.

_____ Otro motivo (por favor especifique) _____

Firma del representante del hospital

Fecha y hora

Riverside University Health System - Behavioral Health

**ACKNOWLEDGEMENT RECEIPT OF
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
PATIENT ACKNOWLEDGEMENT - SPANISH**