



ACUSE DE RECIBO
Notificación de prácticas de privacidad

Tenemos la obligación legal de darle este Aviso y de obtener su firma indicando que lo ha recibido. El Aviso de prácticas de privacidad de la medicina universitaria (UM) le informa cómo podemos usar y divulgar su información médica. También describe los derechos que usted tiene sobre su información de salud guardada por nosotros.

Yo, _____, reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Universidad de Medicina.

Entiendo que University Medicine Foundation (UMF) emplea a mi médico de UMF junto con otros profesionales y personal de UMF en las oficinas de UMF. También entiendo que UMF posee y mantiene mis registros médicos de UMF y, como se indica en el Aviso de Prácticas de Privacidad me ha asegurado que UMF mantiene la información sobre mí confidencial como lo requieren las leyes estatales y federales. Sé que si quiero tener acceso a mis registros médicos de UMF o a copias de cualquier información contenida en el registro, debo pedirle a alguien en UMF para que me ayude.

También entiendo que cualquier pregunta o preocupación acerca de este aviso o el manejo confidencial de mi historial médico puede ser dirigido a la oficina de la Oficial de Privacidad de la UMF, Ann Kashmanian, al (401) 443-4999.

Firma _____ Fecha de firma: _____
(Paciente / Padre / Tutor Legal)

Nombre de impresión: _____

PARA USO DE OFICINA

A good faith attempt was made to obtain the patient's signature; however, we were unable to do so due to:

Patient Refusal to Sign Other/Comments: _____

Staff Signature: _____ Date: _____

Print Name: _____