

Notificación de Privacidad de Prácticas
Acuse de Recibo

ACUSE DE RECIBO

Con la firma de este formato, usted acepta haber recibido la *Notificación de Privacidad de Prácticas* del Memorial Hospital Los Banos. Nuestra *Notificación de Privacidad de Prácticas* proporciona información acerca de cómo nosotros usamos y divulgamos la información de la protección de su salud. Lo exhortamos a que la lea completamente.

Nuestra *Notificación de Privacidad de Prácticas* está sujeta a cambios. Si hacemos algún cambio a esta Notificación, usted puede obtener una copia de la notificación revisada, a través de nuestra página del Internet, *tecleando www.memoriallosbanos.org*, o llamando por teléfono al (209) 826-0591.

Si tiene usted alguna pregunta con respecto a nuestra *Notificación de Privacidad de Prácticas*, por favor póngase en contacto con

El Oficial de la intimidad
(209) 826-0591
520 W. I St.
Los Banos, CA 93635

Acuso recibo de la *Notificación de Privacidad de Prácticas* del Memorial Hospital Los Banos.

Firma: _____
(paciente/padre/guardián /tutor)

Fecha: _____

INHABILIDAD PARA OBTENER EL ACUSE DE RECIBO

Para ser completado solamente si no se obtiene la firma. Si no es posible obtener el acuse de recibo de la persona, describa los esfuerzos en buena fe que se han hecho para obtener el acuse de recibo de la persona, y las razones del porqué no se obtuvo la firma.

Firma del representante del proveedor: _____ Fecha: _____



*Memorial Hospitals
Association*

A Sutter Health Affiliate

Memorial Hospital Los
Banos
520 West I Street
Los Banos, CA 93635
(209) 826-0591

PT LABEL: