



Los Angeles County Health Agency

CONFIRMACIÓN DE RECIBO



NOTIFICACIÓN CONJUNTA DE NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD

Fecha de vigencia: 30 de mayo de 2017

ACUSE DE RECIBO

Con la firma de este formulario, usted confirma recibo de la Notificación de Normas de Confidencialidad del Condado de Los Ángeles Departamento de Servicios de Salud, Salud Mental y Salud Pública (LAC-Health Agency). En nuestra Notificación de Normas de Confidencialidad proporciona información sobre la manera en que podremos usar y revelar su información médica protegida. Le invitamos a que la revise cuidadosamente. Nuestra Notificación de Normas de Confidencialidad está sujeta a cambios.

Yo confirmo recibo de la Notificación de Normas de Confidencialidad de LAC-Health Agency.

Firma: _____ Fecha: _____
(paciente/padre o madre/conservatorio/conservatoria o guardian)

LA IMPOSIBILIDAD DE OBTENER RECONOCIMIENTO

Llenar únicamente si no se obtiene la firma. Si no es posible conseguir la confirmación de recibo de la persona, describa los intentos de buena fe que se hayan hecho para obtener la confirmación de recibo del individuo y los motivos por los cuales no se pudo conseguir:

Firma del Miembro del Personal: _____ Fecha: _____

Motivos por los cuales no se pudo obtener la confirmación de recibo:

El paciente negó firmar.

Otro motivo o comentarios:

