



Formulario 2052 - Confirmación de Haber Recibido el Aviso de las Prácticas de Privacidad

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Número de Seguro Social

He recibido una copia del aviso de HealthTexas Medical Group de San Antonio de las prácticas de privacidad.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha



Doy permiso a HealthTexas Medical Group para hablar con las siguientes personas con respecto a mi información personal de salud:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Restricciones en el uso de la PHI  YES  NO

Por favor, explique en caso afirmativo: \_\_\_\_\_

Paciente o representante autorizado que recibió un Aviso de las Prácticas de Privacidad, pero se negó a firmar arriba.

Después de un esfuerzo de buena fe para obtener esta confirmación de haber recibido el aviso me fue imposible obtenerla debido a que:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del asociado del consultorio

Firma del asociado del consultorio

Fecha