



N.º DE ID DE NEXTGEN

(Para uso de la oficina)

**ACUSE DE RECIBO DEL
AVISO CONJUNTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD SEGÚN LA LEY HIPAA
DE CAREMOUNT MEDICAL**

I. Acuse de recibo del Aviso conjunto de las prácticas de privacidad según la ley HIPAA

Recibí una copia del Aviso conjunto de las prácticas de privacidad según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de CareMount Medical.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Firma del paciente/padre o madre/tutor

Fecha de hoy

II. Rechazo del acuse

He entregado una copia del Aviso conjunto de las prácticas de privacidad según la ley HIPAA de CareMount Medical al paciente/padre o madre/tutor antes mencionado. Él/Ella se niega a firmar el acuse de recibo mencionado.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Firma del empleado de CareMount Medical

Fecha de hoy