

Departamento de Salud del Condado de LaSalle

Reconocimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad

Mi firma a continuación indica que se me ha brindado la oportunidad de leer el Aviso de prácticas de privacidad para el Departamento de Salud del Condado de LaSalle y de que se me responda cualquier pregunta antes de firmar.

Firmado: Fecha:

Imprimir Nombre:

Si está firmado por alguien que no sea el paciente, indique la relación con paciente:

- ☐ Padre o tutor del paciente menor.
- ☐ Guardián o cuidador de un paciente incompetente
- ☐ Beneficiario o representante personal del paciente fallecido.

SÓLO PARA USO DE OFICINA:

Firma del empleado: Fecha _____

Si el paciente o el representante del paciente se niega a firmar este Reconocimiento:

☐ Esfuerzos para obtener: _____

☐ Razón por la cual el paciente se negó a firmar: