



Notificación de Recibo del Aviso sobre Nuestras Prácticas de Privacidad

En vigencia el 14 de abril del 2003

Yo notifico que he recibido una copia del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad del Condado de Sonoma para leer.

Nombre del Paciente

(por favor escriba claramente)

Firma: _____

Fecha: _____

Si no ha sido firmado por el paciente, por favor indique su parentesco con el mismo:

- Padre/Madre o Custodia del paciente menor de edad
- Custodia o Conservador de un paciente incapacitado
- Beneficiario o representante personal del paciente difunto
- Otro tipo de representante del paciente

Por Favor Lea: Si usted no acepta firmar este documento, eso no causara un impacto en su habilidad para recibir servicios para el cuidado de su salud.

For Organizational Use Only:

Date acknowledgement received: _____

Patient refused to sign.

If acknowledgment was not received, please document the reason you were unable to obtain:

Signature: