ENT ASSOCIATES OF SANTA BARBARA

John D. McCaffery, M.D.
Jaime Munroe, PA-C

RECIBO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo reconozco que he recibido y entendió el Aviso de Prácticas de Privacidad de **ENT Associates of Santa Barbara** que contiene una descripción de los usos y revelaciones de mi información de salud. Además entiendo que **ENT Associates of Santa Barbara** podrán actualizar su Aviso de Practicas de Privacidad en cualquier memento y que puedo recibir una copia de la actualización de **ENT Associates of Santa Barbara's** Aviso de Practicas de Privacidad por escrito.

_____ _____ / _____ / _____ _____

Imprima el Nombre del Paciente | Fecha | Firma Del Paciente

Si esta forma se completa por el represéntate personal del paciente, por favor escriba su nombre y firme abajo.

_____ _____ / _____ / _____ _____

Imprima el Nombre del Represéntate | Fecha | Firma Del Represéntate

Solo para uso oficial de ENT Associates of Santa Barbara

Complete este formulario si no puede obtener la firma del paciente o su representante personal. ENT Associates of Santa Barbara realizó un esfuerzo de buena fe para obtener el reconocimiento por escrito del paciente de la Notificación de Prácticas de Privacidad, pero no pudo hacerlo por las razones que se detallan a continuación:

☐ El representante personal del paciente o del paciente se negó a firmar

☐ El representante personal del paciente o del paciente no Firmar

☐ Otro _____

Impreso Empleado 's Nombre _____

Del empleado Firma _____ Fecha _____ / _____ / _____