



Acuso De Recibo De Aviso Sobre Privacidad

Yo, (Paciente) _____ he recibido una copia de Premiere Pediatrics **aviso sobre principios de privacidad**, detailed como mi information puede ser usada y revelada segun permita la ley federal y estatal. Entiendo el contenido de este aviso y solicito la(s) siguiete(s) restriccion (es) concerniente al uso de mi informacion medica personal:

Ademas, permito que una copia de esta autorizacion sea usada en lugar de la original y solicito el pago de los beneficios del seguro medico a mi o a quien acepte este encargo. Hay regulaciones respecto a la asignacion de beneficios medicos.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si no lo firma el paciente, por favor indique su relacion con el paciente.

Relacion: _____

Testificado por:
(Staff) _____ **Fecha(Date):** _____

Para uso interno solamente:

Si el pacinte o su representante se niega a firmar acuso de recibo de este aviso, por favor documente la fecha y hora en que el aviso fue presentado al paciente y firme abajo.

Presentado el (fecha y hora): _____

Por: (nombre y titulo): _____