



Estado de Florida
Departamento de Salud

Formulario de aceptación del Aviso de prácticas de privacidad

Nombre: N.º de ID de cliente

Centro/sitio/programa:

He recibido una copia del Formulario de Aviso de prácticas de privacidad del Departamento de Salud, DH 150-741, 09/13.

Firma: Fecha:
Individuo o el representante con autoridad legal para tomar decisiones de atención médica

Si firma un representante:

Nombre con letra de molde: Papel:
(Padre, tutor legal, etc.)

Testigo: Fecha:

Si la persona tiene un representante con autoridad legal para tomar decisiones de atención médica en nombre de la persona, el aviso debe entregarse a y la aceptación debe obtenerse del representante. Si la persona o su representante no firmaron este formulario, el personal debe documentar cuándo y cómo se les entregó el aviso, por qué no se pudo obtener la aceptación y los esfuerzos que se hicieron para obtenerla.

El Aviso de prácticas de privacidad se entregó esta persona el fecha

Form box with options: Reunión en persona, Envío por correo, Correo electrónico, Otro

Motivo por el cual la persona o su representante no firmaron este documento:

- La persona o su representante eligieron no firmar
La persona o el representante no respondieron después de más de un intento
Verificación de recepción de correo electrónico
Otro

Esfuerzos de buena fe: Se realizaron los siguientes esfuerzos de buena fe para obtener la firma de la persona o su representante. Documente en detalle (p. ej., fechas, horas, personas con las que se habló y resultado de los intentos) los esfuerzos que se hicieron para obtener la firma. Tiene que haberse hecho más de un intento.

- Presentaciones en persona
Contacto por teléfono
Envío por correo
Correo electrónico
Otro

Firma del personal: Título:

Nombre con letra de molde:

Fecha: