

Formulario de Consentimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad

Nombre completo:

Plan de seguro:

ID de miembro de seguro:

He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

Firma: (Suya o de su representante autorizado)

Fecha:

Si está firmado por un representante autorizado:

Nombre en letra de imprenta:

Relación con el paciente:

Testigo:

Fecha:

Este formulario debe ser conservado por un periodo de al menos seis años en el expediente correspondiente.

SÓLO PARA USO INTERNO

Si la persona o un Representante autorizado con autorización legal para tomar decisiones en nombre de la persona no firmó el Consentimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad, el personal debe documentar cuándo y cómo se le hizo llegar el aviso a la persona y al Representante autorizado, por qué el reconocimiento no pudo ser obtenido, los esfuerzos hechos por obtenerlo. (Si la persona cuenta con un Representante autorizado, se le debe hacer entrega del aviso al igual que el consentimiento obtenido del Representante autorizado. Si ni la persona ni el Representante autorizado firman, debe completar este formulario. Si alguno de los dos lo hace, no se requiere este formulario).

Aviso de prácticas de privacidad entregado a la persona en:

FECHA:	<input type="checkbox"/> Reunión en persona	<input type="checkbox"/> Correo postal	<input type="checkbox"/> Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Otro:
--------	---	--	---	--------------------------------

SÓLO PARA USO INTERNO

Razones por las que no firmó este formulario la persona o su representante:

- Optó por no firmar Otro:
- No respondió después de más de UN intento
- Verificación de recibo de correo electrónico

Esfuerzos de buena fe:

Los siguientes esfuerzos de buena fe fueron hechos para obtener la firma de la persona o del Representante. Por favor, documente en detalle (por ejemplo: fecha(s), horario(s), personas a las que habló y resultado de los intentos) los esfuerzos hechos para obtener las firmas. Se debe haber hecho más de **UN** intento.

Presentación(es) en persona

Contacto(s) telefónico(s)

Correo(s) postal(es)

Correo electrónico

Otro

Firma del personal:

Nombre en letra de imprenta:

Cargo:

Fecha:

**Envíe su formulario
completado a:**

Correo postal
Devoted Medical Group
2801 SW 149th Avenue, Suite 100
Miramar, FL 33027

Fax
1-888-973-8821