



**AVISO SOBRE LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE**

**ACUSE DE RECIBO**

Al firmar este documento, usted admite haber recibido una copia de nuestro **Aviso sobre la Privacidad del Paciente**. Nuestro **Aviso sobre la Privacidad del Paciente** le da información sobre las maneras en que podríamos usar y divulgar su información de salud, médica o protegida (*protected health information* ó PHI). Por favor léalo detenidamente.

Nuestro **Aviso sobre la Privacidad del Paciente** está sujeto a cambios. Si se efectuaran cambios al documento, pondremos la versión actualizada en un lugar visible en nuestros establecimientos. Usted puede obtener una copia de la versión más reciente del **Aviso sobre la Privacidad del Paciente** solicitándolo a nuestro personal de Registro o Admisiones (en la recepción, ventanilla o mostrador en donde usted se registra) cuando acuda a cualquiera de nuestros establecimientos para recibir servicios o tratamiento.

Por este medio, acepto haber recibido del Sistema de Salud del Condado de Santa Clara (*County of Santa Clara Health System* ó CSCHS) el **Aviso sobre la Privacidad del Paciente**.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

(paciente/padre ó madre/ representante legal / tutor)

Nombre: \_\_\_\_\_

(por favor, escriba con letra de molde)

=====

**INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT**

*This portion must be completed only if no signature can be obtained. If it is not possible to obtain the individual's acknowledgement, describe good faith efforts made to obtain the acknowledgement, and the reasons why the acknowledgement could not be obtained.*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_