

MR#: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Name of Patient:

Date of Birth:

Place Label Here

UNIVERSITY OF CALIFORNIA, DAVIS
MEDICAL CENTER
SACRAMENTO, CALIFORNIA

Acuse de Recibo: Notificación de las Prácticas de Privacidad

La Notificación de las Prácticas de Privacidad del *UC Davis Health System* proporciona información sobre las maneras en las cuales podemos usar y revelar información médica protegida sobre usted.

Además de la copia que le proporcionamos, copias de la notificación actual están a disposición en nuestro sitio de la Internet, en <https://health.ucdavis.edu/compliance/>, y se pueden obtener en cualquier lugar del *UC Davis Health System*.

Acuso recibo de la Notificación de las Prácticas de Privacidad.

Firma del/de la Paciente o del/de la Representante del/de la Paciente

Fecha

Nombre Escrito en Letra de Molde

Relación con el/la Paciente

Intérprete (si es pertinente)

No se Obtuvo Acuse de Recibo

Por favor, documente sus esfuerzos por obtener el acuse de recibo, y la razón por la cual éste no se obtuvo.

- ☐ La Notificación de las Prácticas de Privacidad se Entregó – El/La Paciente Incapaz de Firmar
(Notice of Privacy Practices Given – Patient Unable to Sign)
- ☐ La Notificación de las Prácticas de Privacidad se Entregó – El/La Paciente se Negó a Firmar
(Notice of Privacy Practices Given – Patient Declined to Sign)
- ☐ La Notificación de las Prácticas de Privacidad se Envío por Correo al/a la Paciente – En Espera de la Firma
(Notice of Privacy Practices Mailed to Patient – Awaiting Signature)
- ☐ Otra Razón por la que el/la Paciente No Firmó (Other Reason Patient Did Not Sign) _____

Firma del/de la Representante del *UC Davis Health System*

Fecha

Nombre Escrito en Letra de Molde

Departamento

