

Reconocimiento del recibo de un Aviso de Privacidad

Al firmar esta forma, usted reconoce que el Lee Memorial Health System le ha dado a usted una copia de su Declaración de un Aviso de Privacidad, la cual explica cómo se manejará su información de salud protegida en varias situaciones.

A LMHS se le requiere hacer todo esfuerzo para obtener reconocimiento escrito de parte de usted indicando que recibió la Declaración de una Notificación de Privacidad durante su primera fecha de servicio luego del 14 de abril del 2003.

Si su primera fecha de servicio fue debido a una emergencia, LMHS tratará de darle a usted este aviso y obtener su firma reconociendo el recibo de este aviso tan pronto como podamos luego que la situación de emergencia ha sido resuelta de acuerdo con su equipo de cuidado de la salud.

Por este medio reconozco que:

- ◆ He recibido la Declaración de un Aviso de Privacidad del Lee Memorial Health System.
- ◆ El Lee Memorial Health System me ha dado la oportunidad para discutir mis preocupaciones y preguntas acerca de mantener protegida la privacidad de mi información de salud.

Firma: _____ Fecha/Hora: _____

El personal del Lee Memorial Health System deberá completar esta sección de la Forma de Reconocimiento si no está firmada por el paciente o el allegado familiar legal más próximo.

¿Tiene el paciente una copia de la Declaración de un Aviso de Privacidad? Sí No

Por favor, explique por qué el paciente no pudo firmar la Forma de Reconocimiento y sus esfuerzos para tratar de obtener la firma del paciente.

ADDRESSOGRAPH OR PATIENT IDENTIFICATION

NAME:
DOB:
MR#:
ACCT #:

LEE MEMORIAL HEALTH SYSTEM
Lee County, Florida

**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF
STATEMENT OF PRIVACY NOTICE**

FM# 0851-S 01/10

UCO TAB - MISCELLANEOUS