

**ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN**  
**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE**

En conformidad con los Reglamentos de privacidad, por la presente acuso recibo de la copia actual del "AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD" de este consultorio, fecha de modificación \_\_\_\_\_.

En conformidad con los Reglamentos de privacidad, \_\_\_\_\_ de  
*Nombre del miembro del personal*  
este consultorio me ha explicado a mi satisfacción este "AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD".

En conformidad con los Reglamentos de privacidad, sé que este consultorio ha incluido una cláusula mediante la cual se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso y de aplicar las nuevas cláusulas a toda la información médica protegida que mantiene.

**Solicitudes:**

- Deseo presentar una "Solicitud de restricción" a mi información médica protegida.
- Deseo presentar una "Solicitud de comunicaciones a través de medios alternativos" de mi información médica protegida.
- Deseo objetar lo siguiente del "Aviso de Prácticas de Privacidad":

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

**Comprendo que este consultorio no está obligado a cumplir ningún cambio al "Aviso de Prácticas de Privacidad".**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta

**(SÓLO PARA USO INTERNO)**

Formulario firmado recibido por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Se realizaron esfuerzos de buena fe para conseguir el acuse de recibo: (describa)

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