

## Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad

Si firma este formulario, usted confirma que ha recibido el Aviso de prácticas de privacidad de la MCPHS University (que opera bajo el nombre de 10 Optical; Forsyth Dental Hygiene Clinic; MCPHS University Balance, Movement, and Wellness Center; NESA Acupuncture Treatment Center; y The Eye and Vision Center). Nuestro Aviso proporciona información sobre cómo podemos utilizar y divulgar la información médica y de salud que conservamos sobre usted, así como sus derechos y nuestras obligaciones con respecto a su información de salud protegida. Le sugerimos que lea nuestro Aviso completo. Si tiene alguna pregunta sobre nuestro Aviso de prácticas de privacidad que nuestro personal encargado de la inscripción no pueda responder, envíe un correo electrónico a nuestro responsable de la protección de la privacidad en conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) a [privacyofficer@mcphs.edu](mailto:privacyofficer@mcphs.edu).

Acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad de la MCPHS University.

Firma: \_\_\_\_\_  
Persona o representante personal con autoridad legal para tomar decisiones sobre la atención médica

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Si procede)

Nombre del representante personal: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

---

### Solo para uso interno: Imposibilidad de obtener el acuse de recibo

Si la MCPHS University no puede obtener una firma en el acuse de recibo anterior, el personal debe registrar el esfuerzo de buena fe realizado para obtener el acuse de recibo y el motivo por el que no se ha obtenido:

#### Esfuerzo para obtener el acuse de recibo:

- Solicitud en persona
- Solicitud por correo (conservar una copia de la carta para incluirla en la historia clínica del paciente)
- Solicitud por correo electrónico
- Otro: \_\_\_\_\_

#### Motivo por el que no se obtuvo el acuse de recibo:

- El paciente se negó a firmar
- El paciente no puede firmar
- El paciente no devolvió el acuse de recibo por correo postal o electrónico
- Otro: \_\_\_\_\_

Nombre/Cargo/Centro en letra de imprenta del miembro del personal:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del miembro del personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_