

Clínica de Salud Southwest Georgia

AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD
RECONOCIMIENTO

Nombre del paciente : _____

Reconozco que se me ha facilitado una copia del Aviso conjunto de prácticas de privacidad para el Sistema de salud de clínicas de atención médica de Southwest Georgia en conexión con el Aviso. También reconozco que se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas sobre el Aviso y su contenido. He leído y entiendo el Aviso.

Firma del paciente / Fecha _____

Firma del Representante Autorizado del Paciente Firmando en nombre de

Paciente _____

Reconozco que recibí una copia de la Escala de honorarios variables y la Política.

Paciente _____

Para uso del personal del sistema de salud solamente (Complete si no se obtiene el reconocimiento del paciente)

Se puso a disposición del paciente una copia del Aviso de prácticas de privacidad y un intento de buena fe

Se hizo para obtener el acuse de recibo del aviso por parte del paciente. No se obtuvo un Reconocimiento porque

Firma del representante del sistema de salud _____

Fecha _____

Notice of Privacy Acknowledgement and Sliding Fee Scale and Policy