



1215 East Michigan Avenue
 P.O. Box 30480
 Lansing, Michigan 48909-7980

Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad

Reconozco que:

Recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Sparrow Health System en el lugar donde me prestaron servicios de atención de salud.

El *Aviso de prácticas de privacidad* se publicó en un lugar visible donde pude leerlo.

Sé que puedo pedir una copia del *Aviso de prácticas de privacidad* para llevármela.

Si vine para recibir servicios de atención de salud en una situación de tratamiento de urgencia, pude ver el *Aviso de prácticas de privacidad* lo antes posible, dentro de lo razonable, después de dicha situación.

 Nombre en letra imprenta del paciente o de su representante

 Firma del paciente o de su representante

 Fecha

 Relación con el paciente (si no es el paciente)

Llene solamente si el paciente o su representante firma con una cruz:

 Nombre del testigo en letra de imprenta

 Firma del testigo

 Fecha

 Nombre del testigo en letra de imprenta

 Firma del testigo

 Fecha

[Si la firma anterior es del representante del paciente, Sparrow debe llenar lo que sigue a continuación.]

Sparrow ha verificado la identidad de _____ (nombre del representante del paciente) mediante _____ (tipo de verificación, por ejemplo, licencia de conducir) y que en su calidad de _____ (descripción de la autoridad para actuar, es decir, tutor legal, representante autorizado del paciente, poder legal para atención de salud incluidas historias clínicas, albacea testamentario).

Verificación realizada por:

 Nombre y firma del empleado

 Fecha

PARA QUE LO LLENE SPARROW HEALTH SYSTEM

Si no se obtiene el acuse de recibo, describa los esfuerzos de buena fe que realizó Sparrow Health System para obtenerlo y la razón por la que no se obtuvo.

