



SANTA CLARA VALLEY HEALTH & HOSPITAL SYSTEM

DOCUMENTO DE MANEJO DE LA PRIVACIDAD

ACUSO DE RECIBO

(ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT)

Al firmar este documento usted admite haber recibido una copia de nuestro Documento de Manejo de la Privacidad. Nuestro Documento de Manejo de la Privacidad le da información referente a cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida "(PHI)". Por favor léalo cuidadosamente.

Nuestro Documento de Manejo de la Privacidad está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro documento, pondremos la versión revisada en un lugar visible de nuestros establecimientos. Usted puede obtener una copia del último Documento de Manejo de la Privacidad de nuestro personal de Registro o de Admisión cuando venga a uno de nuestros establecimientos por algún servicio o tratamiento.

Por este medio acepto haber recibido de Santa Clara Valley Health & Hospital System (SCVHHS) el Documento de Manejo de la Privacidad.

Fecha: _____

Firma: _____
(paciente, padre, conservador o tutor)

Nombre: _____
(en letra de molde)

INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT

This portion must be completed only if no signature can be obtained. If it is not possible to obtain the individual's acknowledgement, describe good faith efforts made to obtain the acknowledgement, and the reasons why the acknowledgement could not be obtained.

Multiple horizontal lines for text entry in the Inability to Obtain Acknowledgement section.

Date: _____

Signature: _____
(Representative of SCVHHS)

Title: _____