IOWA HEALTH CARE

Nombre:_____

de registro:_____

FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRIVACIDAD

Al firmar a continuación, acepto que he recibido y/o me han ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Health Care de la Universidad de Iowa. Tengo derecho a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este formulario.

Atención de Salud de la Universidad de Iowa tiene derecho a cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad. El Aviso de Prácticas de Privacidad revisado se publicará en los Hospitales y Clínicas de la Universidad de Iowa y en los Servicios de Salud para Estudiantes de Atención de Salud de la Universidad de Iowa, en línea en www.uihc.org/privacy-notice, y habrá copias impresas disponibles en los lugares de registración.

Firma: **NO FIRME, SOLO DOCUMENTO DE REFERENCIA** **Fecha:** _____ **Hora:** _____
(Paciente o persona legalmente autorizada para dar consentimiento por el paciente)

_____ _____
(Nombre en molde del paciente o persona legalmente autorizada) (Relación con el paciente o persona legalmente autorizada)

Este formulario completo debe archivarse en el expediente médico.

REFERENCE ONLY