



Patient Name: \_\_\_\_\_  
MRN: \_\_\_\_\_  
DOB: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_

## ACUSE DE RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

\*Usted puede negarse a firmar este esté acuse de recibo\*

Yo, \_\_\_\_\_, han recibido una copia de esta oficina de Aviso de Prácticas de Privacidad.

Este aviso me ha sido explicado en un lenguaje que comprendo y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

---

### Patient/Other Legally Authorized Representative

---

### Interpreter Services

Was an interpreter used?

---

**Solo para uso de la oficina**

ROBERT B. GREEN CAMPUS  
UNIVERSITY HEALTH ROBERT B. GREEN CAMPUS FFACTS  
903 W. MARTIN STREET  
SAN ANTONIO TX 78207-0903  
BEXAR

Patient Name  
MRN:  
DOB: Sex:



Patient Name: \_\_\_\_\_  
MRN: \_\_\_\_\_  
DOB: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_

Se intentó obtener un acuse de recibo escrito del Aviso de Prácticas de Privacidad de UHS, lo cual no fue posible porque:

- La persona se negó a firmarlo
- Las barreras de comunicación impidieron obtener el documento
- Una situación de emergencia impidió obtener el documento
- Otro (por favor especifique)