

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE  
AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Nombre de la oficina: WATSONVILLE OPTOMETRY

Se me ha dado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la Oficina ("Aviso"), que describe cómo se utiliza y comparte mi información de salud. Entiendo que la Oficina tiene el derecho de cambiar este Aviso en cualquier momento. Puedo obtener una copia actual poniéndome en contacto con el Oficial de Privacidad de office, o visitando el sitio web de la Oficina en \_\_\_\_\_

Mi firma a continuación reconoce que se me ha proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad o que de otro modo se me ha dirigido a una copia para que la lea:

\_\_\_\_\_  
Firma de la Fecha del Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Nombre de impresión

\_\_\_\_\_  
Título del Representante Personal (por ejemplo, Guardián, Ejecutor de Bienes, Etc.)

Solo para uso de Office: complete esta sección si no puede obtener una firma.

1.Si el paciente o representante personal no puede o no está dispuesto a firmar este Reconocimiento, o el Reconocimiento no está firmado por cualquier otra razón, indique la razón:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.Describa los pasos tomados para obtener la firma del paciente (o representante personal) en el Reconocimiento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Completado por:

\_\_\_\_\_  
Firma de Office RepresentativeDate

\_\_\_\_\_  
Nombre de impresión