AXIS COMMUNITY HEALTH

RECIBO DE AVISO
SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar este formulario, reconoco haber recibido el Aviso de prácticas de privacidad (NPP) de Axis Community Health. El NPP brinda información sobre cómo podemos usar y divulgar la información médica que mantenemos sobre usted. Le animamos a leer el NPP completo. Si tiene alguna pregunta sobre nuestro NPP que nuestro personal de registro no pueda responder, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad al (925) 201-6211, o envíe una carta por escrito a la Oficina de Cumplimiento, 5925 W. Las Positas Blvd., Suite 100, Pleasanton , California 94588.

_____
Nombre del paciente / cliente (letra de imprenta)

_____ _____
Firma del paciente / cliente Fecha Fecha

_____ _____
Firma del paciente/representante del cliente Fecha
(Requerido si el Paciente/Cliente es un menor de edad o un adulto que no puede firmar este formulario)

_____
Nombre del paciente/representante del cliente en letra de imprenta

_____
Representante del paciente/cliente: Indique la relación con el paciente

FOR OFFICE USE ONLY

If Axis is not able to obtain the patient's written acknowledgment, record the good-faith effort made to obtain acknowledgment and the reason written acknowledgment could not be obtained:

Effort to obtain acknowledgment:

- ☐ In-person request
- ☐ Request via mail
- ☐ Request via email
- ☐ Other:_____

Reason acknowledgment was not obtained:

- ☐ Patient refused to sign
- ☐ Patient unable to sign
- ☐ Patient did not return acknowledgment via mail or email
- ☐ Other:_____

Employee Signature:_____ Date:_____

Employee Print Name:_____