

CERTIFICACION DE NOTIFICACION SOBRE EL AVISO DE PRIVACIDAD

Certifico que he recibido una copia de la Notificación de Privacidad de **Resurgens Orthopaedics**.
Fecha de Revisión de la Notificación: Abril 14, 2003

Printear Nombre del Paciente o Representante Legal

Firma del Paciente o Representate Legal

Fecha de Nacimiento

Relación del Representante Legal con el Paciente

Fecha

Para el uso exclusivo de Resurgens Orhopaedics
DOCUMENTACION DE BUENA FE

En esta fecha se le proporciono al paciente identificado anteriormente una copia de la Notificación de Privacidad. Se ha hecho un esfuerzo de buena fe para obtener una certificación por escrito del paciente del recibo de la notificación sobre prácticas de privacidad.

- El paciente rehusó firmar la certificación de la Notificación de Privacidad
- El paciente no pudo firmar debido a:

- Se presento una emergencia medica. Se intentara obtener una certificación tan pronto sea posible.
- Otra razón, explique abajo:

Employees's Name Printed)

Employee's Signature

Date

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Yo, _____, autorizo a **Resurgens Orthopaedics** a usar o divulgar la siguiente información protegida de salud:

(Favor de escoger y darnos nombres o entidades en especifico a quien podemos divulgar la informacion de salud protegida).

- _____ Familiares o amigos _____
- _____ Escuela o Empleo _____
- _____ Abogado Defensor o Oponente _____
- _____ Otro: _____

Esta autorizacion sera efectiva en (favor de escoger uno)

- _____ No fecha de expiracion
- _____ Fecha de expiracion _____

Printear Nombre del Paciente o Representante Legal

Firma del Paciente o Representate Legal

Fecha