



AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

RECONOCIMIENTO DE RECIBO

FECHA: _____

Reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad del Centro Médico de la Universidad de Columbia.

Nombre del paciente (en
letras de imprenta)

Firma del paciente

Si este formulario fue completado por el representante personal del paciente, por favor escriba el nombre en letras de imprenta y firme a continuación.

Representante personal
escriba su nombre (en letras de
imprenta) y parentesco

Firma del representante personal

For Columbia University Medical Center use only

Complete this section if this form is not signed and dated by the patient or patient personal representative.

I have made a good faith effort to obtain a written acknowledgement of receipt of Columbia University Medical Center's Notice of Privacy Practices but was unable to for the following reason:

- Patient refused to sign
- Patient unable to sign
- Other _____

Employee Name

Date

Este formulario se debe colocar en el expediente médico del paciente

Revised October 2007

| |
|--|
| <p align="center">CERTIFIED to be a true and correct translation from English to Spanish: <u>M.G. 02/20/08 R</u> THE HISPANIC TRANSLATION CENTER Columbia University Medical Center</p> |
|--|