

**RECIBO POR EL PACIENTE DEL AVISO DE PRÁCTICAS PRIVADAS  
(PATIENT RECEIPT OF PRIVACY NOTICE)**

**(Practice Name)**

(Nombre del Paciente) (*Name of Patient*) \_\_\_\_\_

Al firmar abajo, tengo el conocimiento de haber recibido una copia del “Aviso de Prácticas Privadas” de la clínica médica designada arriba, describiendo mis derechos de privacidad de la información protegida de mi salud (PHI por sus siglas en inglés), bajo la ley federal HIPAA sobre la información privada de salud individual e identificable, por lo siguiente:

- **Como mi PHI puede ser usada y divulgada,**
- **Mis derechos privados con respecto a mi PHI,**
- **Las obligaciones de la clínica médica concernientes al uso y divulgación de mi PHI.**

Firma (Paciente o Padre/Tutor) (*Patient or Parent/Guardian*): \_\_\_\_\_

Firma (Testigo) (*Witness*): \_\_\_\_\_ (Fecha) (*Date*) \_\_\_\_\_

(La forma original debe ser archivada en el registro del paciente después de haber sido firmada.)  
(*Original of this form to be filed in Patient's chart after signing.*)

(Al Paciente/Padre/Tutor se debe de ser provista una copia.)  
(*Patient/Parent/Guardian must be provided with a copy.*)