

Departamento de Salud Pública de Seattle – Condado de King
Aviso de Prácticas de Confidencialidad

Acuse De Recibo – Sírvase Firmar Abajo

HIPAA exige que pongamos a su disposición este aviso de prácticas de confidencialidad. Le solicitamos se sirva firmar y fechar este formulario. **Al hacerlo, usted reconoce que ha recibido una copia de este Aviso de prácticas de confidencialidad. Ello no implica que usted está de acuerdo con su contenido.**

Es muy común que los padres firmen por los niños menores de edad (menores de 18 años); sin embargo, hay una excepción: cuando el menor o la menor requiere servicios tales como: servicios de planificación familiar, pruebas y tratamientos para las enfermedades de transmisión sexual, tratamiento ambulatorio de la salud mental o tratamiento ambulatorio en caso de abuso de alcohol y drogas. En virtud de la ley estatal, el menor puede prestar su consentimiento para recibir tratamiento en relación con esos servicios. En tales casos, tendrá que firmar él mismo este formulario.

Para más información, sírvase leer el Aviso de prácticas de confidencialidad.

Nombre del Placiente: _____

El que suscribe ha recibido el Aviso de prácticas de confidencialidad del Departamento de Salud Pública de Seattle – Condado de King.

Firma Del Paciente O Su Representante

Fecha

Firma

Parentesco con el paciente

Internal use only:

Check if patient declined to sign _____
Clerk Initials Date

Check if acknowledgement entered into Signature

Notice of Privacy Practices / Acknowledgment of Receipt

Compliance Office

Public Health – Seattle & King County

40F 2000 1st Floor, Seattle, WA 98104

◆ Phone: 206-205-5975 ◆ Fax: 206-205-3945 ◆

Acknowledgment of Receipt: Notice of Privacy Practices

Public Health
Seattle & King County



Compliance Office
Public Health – Seattle & King County
40F 2000 1st Floor
Seattle, WA 98104

Phone: 206-205-5975
Fax: 206-205-3945

Form #: PH-0068 (Rev. 4/08)

Client Name: _____

HR #: _____

D.O.B.: _____

Inventory #: 450-0536