



Revise y proporcionar firma

**Reconocimiento Escrito de Recibo del
Aviso Sobre Prácticas de Privacidad de
Florida Hospital Medical Group**

Al firmar éste Reconocimiento Escrito, reconozco que recibí el Aviso Sobre Prácticas de Privacidad de FHMG.

Firma del Paciente o Representante Legal

Nombre Impreso del Paciente o Representante Legal

Relación con el Paciente

Fecha

NO se obtuvo el Reconocimiento porque:

____ El paciente o su representante legal se rehusó a recibir el Aviso Sobre Prácticas de Privacidad.

____ El Paciente recibió el Aviso Sobre Prácticas de Privacidad pero se rehusó a firmar el Reconocimiento.

____ Otro (describa brevemente) _____

Firma del Empleado

Nombre Impreso del Empleado

Fecha