

Nombre del Paciente: _____

MR#: _____



Acuso de Recibo por Parte del Paciente del Aviso de Prácticas Privadas

El Aviso de Prácticas Privadas de Riverside Medical Clinic ofrece información detallada de como podemos utilizar y divulgar su información médica protegida. También describe su derecho de solicitar restricciones sobre como podemos utilizar la divulgación de esta información. A Ud. se le está entregando ahora una copia del Aviso de Prácticas Privadas y le recomendamos que lo lea por completo.

Nuestro Aviso de Prácticas Privadas también esta disponible para ser visto en la página de Internet de RMC a la cual puede tener acceso en www.riversidemedicalclinic.com. Se pueden obtener copias adicionales comunicándose con nuestro Departamento de Relaciones con Clientes al (951) 782-5102 o (951) 697-5477.

Al firmar abajo, acuso recibo de haber recibido una copia del Aviso de Prácticas Privadas de Riverside Medical Clinic.

Firma: _____
 (Paciente/Padre(Madre)/Conservador/Tutor)

Fecha: _____



For RMC Staff – Use Only if Unable to Obtain acknowledgment

Complete only if no signature is obtained. If it is not possible to obtain the individual's Acknowledgment describe the good faith efforts made to obtain the individual's Acknowledgment, and the reasons why the Acknowledgment was not obtained.

Reasons why the acknowledgment was not obtained:

Patient refused to sign this Acknowledgment even though the patient was asked to do so and the patient was given the Notice of Privacy Practices.

Other: _____

Signature: _____ Date: _____ Time: _____

Print/Type Name: _____