



FORMULARIO No. 8-A HIPAA

Acuse de recibo por parte del cliente del aviso de prácticas de privacidad de BCPH

El Departamento de Salud Pública del condado de Boulder (BCPH) está comprometido a la protección de su privacidad y seguridad de sus derechos de acuerdo con la Ley de transferencia y responsabilidad de los seguros médicos (HIPAA). Al firmar este formulario, usted reconoce que se le proporciona una copia del *formulario No. 8 HIPAA del BCPH, Aviso de prácticas de privacidad*, que explica cómo podemos usar y divulgar (compartir) su información médica protegida (PHI), según lo establece HIPAA. Le recomendamos leer el aviso en su totalidad.

Acuse de recibo (en letra de molde)

Por este medio se reconoce que la persona siguiente ha recibido una copia del aviso de las prácticas de privacidad del Departamento de Salud Pública del condado de Boulder.

Información del cliente (EN LETRA DE MOLDE):

Nombre del cliente:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	
Ciudad/Estado/Código postal:	
Teléfono en horario hábil:	Teléfono en horario no hábil:

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Si usted NO es cliente indicado anteriormente, complete lo siguiente (EN LETRA DE MOLDE):

¿Cuál es su relación con el cliente?

- Padre o tutor del cliente, quien es menor de edad
- Padre o curador del cliente, quien no es competente
- Beneficiario o representante personal del cliente, quien ha fallecido
- Otro, especifique: _____

Su nombre:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	
Ciudad/Estado/Código postal:	Correo electrónico:
Teléfono en horario hábil:	Teléfono en horario no hábil:

Firma del representante del cliente: _____ Fecha: _____

Esfuerzo de buena fe para obtener el acuse de recibo (complete cuando el cliente/representante legal se niega a firmar este formulario) Describa los esfuerzos de buena fe que hizo BCPH para obtener el acuse de recibo del aviso de las prácticas de privacidad HIPAA de HCPH por parte del cliente/representante personal y el o los motivos por los que la persona se negó a firmar este formulario:

Firma del representante de BCPH _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____ Cargo: _____