Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de Expediente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Franklin Primary Health Center, S.A.**.

**Sobre nuestro aviso de las normas de confidencialidad**

En cumplimiento de la ley, nos compremetemos a protejer la informacionpersonal de su salud. Nuestra notificacion de normas de confidencialidad especifica:

* Nuestras obligaciones segun la ley con respeto a su informacion personal de salud.
* Como podemos utilizer y divulger dicha informacion personal de salud.
* Los derechos en cuanto a su informacion personal medica.
* Nuestros derechos para cambiar nuestra notificacion sobre las normas de confidencialidad.
* Como presentar una queja, si cree que s ehan infrijido sus derechos de confidencialidad.
* Las condiciones que se aplican a los usos y a la revelacion de informacion no descritos en esta notificacion.
* La persona a quien llamar para obtener mas informacion acerca de nuestras normas de confidencialidad.

Por ley, debemos entregarle una copia de nuestra notificacion de confidencialidad y debemos obtener el acuso de recibo por escrito de que usted ha recibido una copia de esta notificacion.

**Acuso de recibo del paciente**

Por el presente, yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que he recibido una copia

**(Letra de imprenta)**

de la notification de las normas de confidencialidad de Franklin Primary Health Center, S.A.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Firma del paciente Fecha:

Firma del padre o representante del paciente (si procede) Fecha:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Descripcion de poderes y facultades legales para actuar en nombre del paciente.