

ACKNOWLEDGMENT FORM

FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO

Estamos obligados por ley a proveerle con nuestro "Anuncio de Como Manejar la Privacidad" que explica como usamos y divulgamos su información de salud. También estamos obligados a obtener su firma reconociendo que le hemos proporcionado éste anuncio.

Me han dado una copia del "Anuncio de Como Manejar la Privacidad de CHS".

Firma _____ Fecha _____
(Paciente o Representante Autorizado)

Relación con el paciente _____

Razón por la que el paciente no puede/no quiere firmar _____

IHS/4-17-03

Addressograph

CAROLINAS HEALTHCARE SYSTEM
Written Acknowledgment

File-Medical Records