

MEDCOR, INC.

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Aviso al paciente:

La ley nos obliga a proporcionarle una copia de este aviso de prácticas de privacidad en el cual se indica como podemos usar o divulgar su información médica. Por favor firme este documento para verificar que recibió este aviso. Si usted lo desea, se puede negar a firmar este documento. Nuestro aviso de prácticas de privacidad está sujeto a cambios, si nosotros cambiamos este aviso usted puede ponerse en contacto con Medcor, Inc. al (815) 363-9500 o puede entrar a la página de Medcor www.medcor.com para obtener una copia actualizada.

Al firmar este documento, usted confirma que ha recibido el aviso de prácticas de privacidad de Medcor, Inc.

_____	_____	_____
Nombre del paciente	Firma del paciente	Fecha

FOR OFFICE USE ONLY

We have made every effort to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy from this patient but it could not be obtained because:

- The patient refused to sign.
- Due to an emergency situation, it was not possible to obtain an acknowledgement.
- We weren't able to communicate with the patient
- Other (please provide specific details)

_____	_____
MEDCOR EMPLOYEE SIGNATURE	DATE

HIPPA Acknowledgement of Receipt of the Notice of Privacy Practices.
Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad de HIPAA.

This form does not constitute legal advice and covers only Federal, not state law.
Este documento no constituye consejo legal y solamente cubre la ley federal, no la ley estatal.