



**COMPROBANTE DE RECIBO DE:
NOTIFICACIÓN SOBRE CÓMO SE USA Y
COMPARTE LA INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL
PROTEGIDA**

Spanish/Acknowledgement of Receipt of Privacy Notice

Partners HealthCare es un sistema integrado de atención médica, que abarca todas las entidades que aparecen en la lista en las últimas páginas de la Notificación. A estos hospitales y entidades, así como a los médicos, enfermeros(as), terapeutas y demás personal que trabajan en dichas entidades, se les denomina "proveedores". Estos proveedores pueden compartir información médica personal del paciente para tratamientos, cobros y pagos, y gestiones administrativas de la atención médica.

La ley federal requiere que a todos los pacientes se les entregue una copia de la Notificación de *Partners HealthCare* sobre las normas de privacidad. La Notificación describe detalladamente cómo usamos y compartimos la información médica personal del paciente con otros.

Partners HealthCare se reserva el derecho de cambiar la Notificación en cualquier momento. Usted puede obtener una copia actualizada de la Notificación en: la oficina de ingreso al hospital, la oficina del registro de pacientes, el consultorio de su médico o en el sitio Internet de *Partners* (www.partners.org).

Haremos todo lo posible para proteger la privacidad de la información médica del paciente en cualquier medio que se conserve o transmita: impresa, en medios electrónicos, correo electrónico o telecopia (fax).

Doy fe que se me ha entregado copia de la Notificación de *Partners HealthCare* sobre asuntos de privacidad.

Nombre (en letra de molde): _____ **Fecha:** _____
Patient Name Date

Número de paciente: _____
Patient Number

Firma: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Patient Signature Date of birth

Si el paciente es menor de edad, o si no puede dar su consentimiento, debe firmar uno de los padres, tutor, o representante autorizado.

Firma del representante autorizado: _____ Fecha: _____
Authorized representative Date

Nombre (en letra de molde): _____
Name

Parentesco o relación con el paciente: _____
Relationship to patient

Para uso de la oficina / Office Use Only

Patient given Privacy Notice, however: Se le entregó la notificación al paciente, pero:

- Patient **refused or did not** sign Acknowledgement form
- El paciente rehusó firmar o no firmó el comprobante
- Patient **unable to sign** Acknowledgement form
- El paciente no apto para firmar el comprobante