



ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por la presente reconozco que he recibido de WHASN una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de WHASN. Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad establece mis derechos relacionados con el uso y la divulgación de mi información de salud personal y explica cómo WHASN puede usar y divulgar mi información de salud personal tanto con como sin mi autorización. Además, entiendo que puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad de WHASN, el Presidente de WHASN, si tengo alguna pregunta sobre el contenido de este Aviso o para presentar una queja.

Nombre del paciente

Paciente/Agente de Atención Médica/Tutor/Familiar

____/____/____
Fecha de Firma