

Departamento de Salud del Estado de Misisipi

DECLARACIÓN DE RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Al firmar abajo, reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad para la Información Médica Protegida del Departamento de Salud del Estado de Misisipi.

Nombre del paciente (en letra imprenta) _

Nombre del representante personal (si firma por el paciente) (en letra imprenta): _

Firma: _

Fecha: _

Paciente

Padre o tutor de pacientes menores

Otro (*si no firma el padre o tutor de un menor, indique su relación con el paciente y proporcione la documentación solicitada que confirme su autoridad para actuar en nombre del paciente*)

PARA QUE LO COMPLETE EL PROVEEDOR SOLO SI EL PACIENTE SE NIEGA A FIRMAR LA DECLARACIÓN:

Se hizo un esfuerzo razonable por parte de _ (nombre del proveedor) para obtener la Declaración escrita de recepción del aviso de prácticas de privacidad de _ (nombre del paciente), pero él/ella (o su representante o tutor) se negó a firmar dicha declaración por los siguientes motivos:

Nombre del representante del proveedor (en letra imprenta) _____

Firma: _____

Fecha: _____

DECLARACIÓN

Formulario N.º 663

PROPÓSITO

El propósito de esta Declaración es documentar, con una firma, que el paciente o los padres/tutores recibieron una copia del *Aviso de prácticas de privacidad para información de salud protegida*.

INSTRUCCIONES

Este documento funciona como una declaración de recepción del Aviso de prácticas de privacidad. Es firmado y fechado por el paciente o los padres/tutor.

Si el paciente se niega a firmar la declaración, comuníquese con el funcionario de privacidad. El funcionario de privacidad responderá cualquier pregunta o inquietud que pueda tener el paciente.

Nunca se abstenga de recibir tratamiento por negarse a firmar la declaración. Si el paciente continúa negándose a firmar la declaración, documente los esfuerzos que se realizaron por explicar el aviso y la posterior negativa a firmar el formulario de *Declaración*.

En situaciones de emergencia, es decir, catástrofes naturales o ataques terroristas, los servicios pueden proporcionarse sin un Aviso de prácticas de privacidad y una *Declaración*, firmada. No obstante, después de la primera visita a la clínica después de pasada la emergencia, entregue un Aviso de prácticas de privacidad y solicite completar la *Declaración*.

MECÁNICA Y ARCHIVO DE LA OFICINA

Archive la *Declaración* firmada por el paciente en el registro médico del paciente.

PERÍODO DE CONSERVACIÓN

Escanee para guardar en el registro médico electrónico del paciente. El registro del paciente se conservará de conformidad con la política de la agencia especificada para el tipo de registro.

Si no hay registro del paciente, conserve en archivo por seis (6) años.