



## Reconocimiento de LRPSM

### Aviso de Practicas de Privacidad

Nombre de Paciente Imprimido: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento de Paciente: \_\_\_\_\_

**Yo reconozco haber recibido el Aviso de Practicas de Privacidad de Consensus Health.**

Firma de Paciente/ Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

#### Uso de Oficina:

Para ser completado solamente si no obtiene firma. Si no es posible obtener el reconocimiento del individuo, describe el esfuerzo de buena fe que fue hecho para obtener el reconocimiento del individuo, y la razón porque no pudo obtener el reconocimiento

Razón: \_\_\_\_\_  
Firma del Representante de Consensus: \_\_\_\_\_  
Nombre Imprimido: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_