



MRN# \_\_\_\_\_

## Aviso de las Prácticas de Privacidad Recibo y Reconocimiento del Aviso

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** (mes) \_\_\_\_\_ (día) \_\_\_\_\_ (año) \_\_\_\_\_

**Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_

Por medio de esta, yo reconozco que he recibido y me han dado la oportunidad de leer una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la Clínica Comunitaria de Salud Charlotte. Entiendo que si tengo alguna pregunta acerca del Aviso o mis Derechos de Privacidad, yo puedo llamar a la oficina administrativa al 704-384-1980.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente, Tutor Legal o Representante del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha (mes/día/año)**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Empleado**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**