



**ACUSO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
AD DE OSF HEALTHCARE
CONVENIO DE ATENCIÓN MÉDICA ORGANIZADA**

Notifico que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad del Convenio de atención médica organizada de OSF HealthCare con la fecha de vigencia el 15 de mayo de 2010. Entiendo que el Aviso describe los usos y divulgaciones que pueden hacer de mi información médica protegida las Entidades cubiertas que constituyen colectivamente el Convenio de atención médica organizada de OSF HealthCare y que me informa de mis derechos respecto de la información médica protegida.

Nombre del paciente

Número de expediente médico

Fecha de nacimiento

Firma del paciente o representante personal

Nombre del paciente o de su representante personal, en letra imprenta

Fecha

Si se trata del Representante personal, indique la relación.

Rechazos

_____ La persona se negó a aceptar una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

_____ La persona recibió una copia del Aviso de prácticas de privacidad pero se negó a firmar el Acuso de recibo.

Firma del representante de OSF HealthCare

**Nombre del representante de OSF
HealthCare**