



## **RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE SOBRE LA NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD PARA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**

**Reconocimiento de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad:** Reconozco que me han proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Harmony Healthcare LI, Inc. (HHLI), el cual describe cómo la información sobre mi salud puede ser usada y divulgada por HHLI y cómo puedo obtener acceso y controlar el uso y divulgación de esta información.

Firma del Paciente o Representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente (Imprimir): \_\_\_\_\_

Nombre del Representante Personal: \_\_\_\_\_  
(Imprimir) (Si es aplicable)

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_  
(Si es aplicable)



← Para consultar nuestro Aviso de Privacidad antes de firmar, escanee el código QR.  
También podemos proporcionarle una copia impresa si la solicita.