

**Acuse de Recibo de la Notificación
Sobre Prácticas de Privacidad**

En Vigencia: desde el 14 de Abril, 2003

Se me ha proporcionado una copia de la Notificación Sobre Prácticas de Privacidad de Shands HealthCare* y los University of Florida Health Science Centers y otros proveedores de cuidados de salud afiliados. Entiendo que puedo hacer preguntas acerca de este aviso en cualquier momento.**

* Shands HealthCare incluye: Shands Teaching Hospital and Clinics, Inc., Shands at Lake Shore, Inc., Shands Jacksonville Medical Center, Inc.

** University of Florida Health Science Centers incluyen en su conjunto las clínicas y oficinas de los médicos del UF Health Science Center; Florida Clinical Practice Association; University of Florida Jacksonville Healthcare, Inc., la Facultades de Medicina, Enfermería, Profesiones de la Salud, Dentistería y Farmacia de la Universidad de Florida

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Si no es firmado por el paciente, favor indicar relación:

Firma del Representante Legal: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

For Office Use Only:

Signed form received by: _____
Print Name

Facility Name

Acknowledgment Refused

Efforts to obtain signature: _____

Reasons for refusal: _____