

## Conjunto Aviso de Prácticas para Información de Salud (NPP) y Derechos y Responsabilidades del Paciente Forma de Reconocimiento

A partir del 14 de abril del 2003, la ley requiere que St. Joseph's Hospital and Medical Center dé al paciente una copia de su Aviso de Normas de Privacidad para Información de Salud. Le daremos una copia del aviso en el momento de su primer tratamiento, y si cambian nuestras normas, recibirá otra copia en su próxima consulta. Al firmar a continuación el paciente indica que recibió el documento. Si usted es el representante personal del paciente, su agente debidamente autorizado o si participa en el cuidado médico del paciente, su firma indica que lo recibió.

También le proporcionaremos una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente, incluyendo los derechos de visita los cuales son: Usted tiene derecho a recibir visitas o ayuda de otras personas, independientemente de su edad, raza, credo, color de la piel, etnia, nacionalidad, religión, sexo, identidad de género, orientación sexual, discapacidad, condición de veterano de guerra, situación económica o de inmigrante, o de la forma de pago. Tiene derecho a elegir quién puede visitarlo durante su estadía y a cambiar de opinión en cualquier momento. Al firmar a continuación el paciente indica que recibió el documento. Si usted es el representante personal del paciente, su agente debidamente autorizado o si participa en el cuidado médico del paciente, su firma indica que lo recibió.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ # de Récord Médico \_\_\_\_\_

Firma de Recibo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_  
(si ha sido firmado por alguien que no sea el paciente)

---

### For Official Use

I provided a copy of the NPP to the patient (or personal representative) but was unable to obtain his or her written acknowledgment of receipt of such for the following reasons:

I have attempted to provide to the patient (or personal representative) a copy of the NPP, but was unable to do so for the following reasons:

Signature of Hospital Representative: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_ Department: \_\_\_\_\_



**Patient Identification:**