

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICE  
ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT - SPANISH  
ACUSE DE RECIBO DEL AVISO PRÁCTICAS  
DE PRIVACIDAD**

UNIT NUMBER

PT. NAME

BIRTHDATE

LOCATION

DATE

El Aviso de Prácticas de Privacidad de UCSF le proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar la información de salud protegida que tenemos de usted.

Además de la copia que le hemos proporcionado, podrá obtener copias del aviso actual en nuestro sitio web en <http://www.ucsfhealth.org> y a través del Sistema de Salud de UCSF.

Por medio del presente, confirmo que recibí el Aviso de Prácticas de Privacidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o del Representante del Paciente

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Intérprete (si corresponde)

**Si no se obtiene un acuse de recibo escrito, marque el motivo:**

- Aviso de Prácticas de Privacidad Entregado: el Paciente está Impedido para Firmar
- Aviso de Prácticas de Privacidad Entregado: el Paciente se Rehúsa a Firmar
- Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante de UCSF

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Departamento