



**Aviso de prácticas de privacidad y derechos de los pacientes
de Chestnut Health Systems**

Recepción y acuse de recibo

Nombre del paciente: _____

Por el presente, reconozco que recibí y comprendo los derechos del paciente de Chestnut Health Systems. También recibí información sobre el Aviso de las prácticas de privacidad de Chestnut. Comprendo que, en caso de tener inquietudes sobre las prácticas de privacidad o mis derechos, puedo comunicarme con:

El responsable de privacidad 1003 Martin Luther King Drive Bloomington, IL 61701 309.827.6026 O privacy@chestnut.org

Firma del paciente

Fecha

Firma del padre, tutor o representante*

Fecha

* *Si firma como representante de un paciente, describa su autoridad legal para actuar en representación de esta persona (poder notarial, sustituto para la toma de decisiones de atención médica, etc.):*

El paciente se niega a dar acuse de recibo:

Reconozco que le proporcioné al paciente una copia de sus Derechos del paciente y le informé sobre el Aviso de prácticas de privacidad.

Firma del miembro del personal si el paciente se niega a firmar

Fecha