

## CONFIRMACIÓN DE RECIBO DEL AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD

Al firmar este formulario, usted confirma haber recibido el *Aviso de Normas de Privacidad* de Torrance Memorial Medical Center. Nuestro *Aviso de Normas de Privacidad* proporciona información sobre las formas en que podemos usar y divulgar su información médica protegida. Le alentamos a que lo lea en su totalidad.

Nuestro *Aviso de Normas de Privacidad* puede cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia del aviso revisado en nuestro sitio Web en <http://www.torrancememorial.org> o llamando a Torrance Memorial Center al 310-517-4723. Si tiene alguna pregunta sobre nuestro *Aviso de Normas de Privacidad*, por favor pregunte a su representante de Torrance Memorial Medical Center.

Confirmando haber recibido el *Aviso de Normas de Privacidad* de Torrance Memorial Medical Center.

Nombre del paciente en letra de molde:

Firma del paciente o representante:

Si es el representante, dé el parentesco:

Fecha:

## INCAPACIDAD PARA CONFIRMAR RECIBO DEL AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD

A ser completado sólo si no se obtiene la firma. Si no es posible obtener la confirmación de la persona, describa los esfuerzos hechos en buena fe para obtener la confirmación de la persona, y las razones por las que no se obtuvo la confirmación.

- El paciente es indiferente
- El paciente está lesionado
- Otro (especifique)

Firma del representante:

Fecha:



**TORRANCE MEMORIAL**  
A CEDARS-SINAI AFFILIATE

**CONFIRMACIÓN DE RECIBO DEL AVISO DE  
NORMAS DE PRIVACIDAD**

FORMA No. 2A DE HIPAA

Página 1 de 1

*Adresógrafo*

**COPIA DE ADMISIÓN**