



Gracias por su interés en el Program de Prevención del Cancer del seno y Cancer Cervical conocido por sus siglas en inglés (Breast and Cervical Cancer Early Detection Program) (BCCEDP).
Esperamos poderle servir.

Por favor complete la solicitud adjunta, lea la declaración de privacidad, y Devuelva la solicitud firmada. Si tiene alguna pregunta, llame al (813) 307-8082, para las personas sordas y con problemas de audición, por favor use Tampa Bay 211 y de nuestro número de teléfono: (813) 307-8082.



Lista de comprobación para completar su solicitud. (BCCEDP)

- Lea y llene la solicitud del programa (páginas 1-2)
- Firme el "Acuerdo anual para solicitante". (página 3)
- Ponga sus iniciales en los cuadros amarillo y firme el formulario de la "Autorización para Divulgación no usual de información de salud protegida" (página 4)
- Lea el "Aviso de prácticas de privacidad" (páginas 5 y 6)
- Firme la notificación del "Formulario de aceptación del aviso de prácticas de privacidad." (página 7);
- Incluya una copia del referido o receta médica de su doctor con la solicitud.
- Mande por correo o via fascimil su solicitud firmada. (páginas 1- 4 y 7)
- Para su información mantenga la forma de el "Aviso de prácticas de privacidad" (páginas 5 y 6)

Envíe su solicitud a:

Florida Department of Health
Hillsborough County
PO Box 5135
Tampa, FL 33675-9979

Via Fascimil Confidencial:

(813) 307-8094



Solicitud del Programa

Efectivo: 7/1/2016

CITA

Fecha/hora: _____/_____/_____

Clase de Cita

(Marque sólo uno): **Detección o Diagnóstico**

(Incluya una copia del referido o receta aqui)

Sección 1: Información del solicitante

Estado de la evaluación: INICIAL REEVALUAR SEGUIMIENTO CORTO INTERVALO DE TIEMPO

Nombre (Legal o como aparece en su número de seguro social)			Fecha de nacimiento: (mes/día/año)	Número de seguro social.
Apellido	Nombre	Inicial	/ /	- -
Correo electrónico (Opcional):				

Dirección: (Requerido)	Número de teléfono primario.:
_____	(<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CELULAR)
_____	() _____ - _____
	¿SE LE PUEDE DEJAR MENSAJE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

ESTADO DE RESIDENCIA:	¿Cuál es su?
<input type="checkbox"/> Residente de la Florida	Altura en pulgadas: _____
<input type="checkbox"/> Ciudadano americano o	Peso en libras: _____
<input type="checkbox"/> Residente o Extranjero	
<input type="checkbox"/> Otro (Visa de turista)	

¿Es usted latino o de origen hispano?	¿Cuáles idiomas usted habla?
1. <input type="checkbox"/> SI	Idioma primario:
2. <input type="checkbox"/> No	_____
3. <input type="checkbox"/> Desconozco	Otro idioma:

¿Cuál raza o razas usted se considera?	¿Tiene historial de hipertensión? 1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> No
(Escoja todas las que apliquen)	

1. <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska 2. <input type="checkbox"/> Asiático 3. <input type="checkbox"/> Negro o afro americano 4. <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otro isleño del Pacífico 5. <input type="checkbox"/> Desconozco 6. <input type="checkbox"/> Blanco	¿Usa usted productos con tabaco? 1. <input type="checkbox"/> Diario 2. <input type="checkbox"/> Algunos días 3. <input type="checkbox"/> No uso 4. <input type="checkbox"/> Me abstengo a contestar Si contestó 1 ó 2, se le ha ofrecido el programa de dejar de fumar? 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No Si contestó si, ha sido referido a la línea de cesar de fumar? 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
--	--

¿Cómo supo de nuestro programa?
1. <input type="checkbox"/> Sociedad Americana del Cáncer local 2. <input type="checkbox"/> Folleto 3. <input type="checkbox"/> Departamento de Salud del condado 4. <input type="checkbox"/> Comunidad 5. <input type="checkbox"/> Familiar/Amigo 6. <input type="checkbox"/> Internet 7. <input type="checkbox"/> Oficina médica 8. <input type="checkbox"/> Periódico 9. <input type="checkbox"/> FQHC 10. <input type="checkbox"/> Tarjeta postal 11. <input type="checkbox"/> alcanzar más que 12. <input type="checkbox"/> televisión 13. <input type="checkbox"/> radiofonía 14. <input type="checkbox"/> medios de comunicación 15. <input type="checkbox"/> sesión educativa 16. <input type="checkbox"/> dentro de alcance 17. <input type="checkbox"/> en autobuses/signos 18. <input type="checkbox"/> vallas publicitarias

Sección 2: Historial Médico

Antecedente de su examen del seno (Marque solo una opción por cada categoría)

¿Alguna vez ha sido diagnosticado con cáncer del mama? Si No
 ¿Cuándo fue su última mamografía antes de inscribirse en éste programa?
 Última mamografía (_____ mes / año _____) Ninguno Insegura (¿Más de 5 años ?)
 ¿Dónde se lo hizo? (PROVEEDOR) _____

¿ Tiene implantes Brest? Si No

Antecedente de su examen cervical (Marque solo una opción por cada categoría)

¿Ha sido diagnosticada con cáncer cervical invasiva? Si No
 ¿Cuándo fue su último papanicolao antes de inscribirse a nuestro programa?
 Ultimo examen de papanicolao (_____ mes / año _____) Ninguno Insegura (¿Más de 5 años ?)
Histerectomía? Si No (Parcial o Completo) **¿Cuándo?** _____

Sección 3: Elegibilidad financiera

¿Tiene Medicaid? Si No ¿Tiene Medicare? Si No

¿Tiene algún tipo de seguro? Si No

Número de personas en el hogar. _____ (Por favor, inclúyase, esposo/a o unión civil , y niños dependientes)

Ingreso familiar neto (después de impuestos): \$ _____ Año o \$ _____ Mes (Neto semanal x 4.3)

tamaño de la familia	2016 DOH ingresos mensuales escala	2016 DOH ingresos anuales a escala
1	\$1,979.92	\$23,759.00
2	\$2,669.92	\$32,039.00
3	\$3,359.92	\$40,319.00
4	\$4,049.92	\$48,599.00
5	\$4,739.92	\$56,879.00
6	\$5,429.92	\$65,159.00
7	\$6,121.58	\$73,459.00
8	\$6,814.92	\$81,779.00
9	\$7,508.25	\$90,099.00
10	\$8,201.58	\$98,419.00

Yo certifico que la información es correcta a mi mejor saber y entender. Doy mi consentimiento al Departamento de Salud para hacer la investigación y verificar la información. Entiendo que puedo ser procesado bajo la ley estatal, si tengo que deliberadamente haya proporcionado la información equivocada.

NOTA:

Si usted obtiene una cobertura de seguro de salud, mientras que en el marco del BCCEDP, es su responsabilidad de notificar a la oficina del programa BCCEDP tan pronto como sea posible.

(Firma/Fecha)

Si usted tiene alguna pregunta o necesita de la ayuda siguiente para llegar a su visita de selección Por favor llame "Clarence" al **(813) 307-8015 ext. 3502** 8:00 a.m.-5:00 pm, de lunes a viernes. En caso de llegar a correo de voz, por favor deje un mensaje detallado. El resto del tiempo puede llamar al (813) 344-6388. Haremos todo lo posible para devolver la llamada en el momento oportuno.

PROGRAMA PARA EL USO DE LA OFICINA:

Esta aplicación ha sido: APROBADO NEGADO
 EFECTIVA: _____ (día, mes, año)

Programa de Detección temprana de cáncer de seno y de cuello uterino de Florida

Acuerdo anual para solicitantes

- Acepto convertirme en cliente del Programa de Detección temprana de cáncer de seno y de cuello uterino de Florida (Florida Breast and Cervical Cancer Early Detection Program, FBCCEDP).
- El estado de la Florida es mi residencia primaria.
- Declaro que el ingreso total anual ajustado de mi hogar se encuentra en un nivel igual o inferior al 200% respecto de las pautas federales de pobreza y que no cuento con ningún seguro de salud que pague los exámenes de detección de cáncer de seno y de cuello uterino.
- Comprendo que ya no soy elegible para FBCCEDP si mi ingreso cambia a más del 200% de las pautas federales de pobreza o si me inscribo en cualquier programa de seguro de salud que proporcione exámenes de detección de cáncer de seno y de cuello uterino.
- Comprendo que es posible que deba compartir el costo de algunos servicios.
- Acepto usar un proveedor autorizado para mis exámenes de detección de cáncer de seno o de cuello uterino (examen de los senos, mamografía o prueba de Papanicolaou) y acepto completar toda prueba de seguimiento dentro de los 60 días.
- Comprendo que el FBCCEDP es un programa de **detección** de cáncer de seno y de cuello uterino, y no un programa de **tratamiento** para el cáncer. Si se me diagnostica cáncer de seno o de cuello uterino según los resultados de mis exámenes de detección del FBCCEDP, seré derivada a un proveedor a fin de recibir tratamiento para el cáncer. Comprendo que puedo volver a solicitar al FBCCEDP los exámenes de detección después de que se complete el tratamiento inicial.
- Acepto permitir el intercambio y la divulgación de información por medio de fax o correo entre mis proveedores de cuidados de la salud, el Departamento del Programa de Detección Temprana de Cáncer de Seno y de Cuello Uterino de Florida (FBCCEDP), el Departamento de Registros de Datos de Salud del Cáncer de Florida (Florida Department of Health Cancer Data Registry), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention) y demás personas o entidades relacionadas con el cuidado de mi salud. Dicha información puede incluir historiales médicos, resultados de exámenes, así como pruebas de seguimiento y tratamientos realizados como consecuencia del examen, aun si el FBCCEDP no paga las pruebas o el tratamiento a los que me someta.
- Acepto recibir comunicaciones telefónicas o por correo por parte del personal del FBCCEDP en relación con el cuidado de mi salud.
- Comprendo que este acuerdo es válido durante un año a menos que cambie mi elegibilidad para participar en el programa.
- Comprendo que participar en este programa es mi decisión y que puedo retirarme del mismo en cualquier momento.

Firma del cliente

Fecha

Nombre en letra de imprenta



Fecha de nacimiento



AUTORIZACION PARA DIVULGACION NO USUAL DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

ESTA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA POR:

Persona/Institución: _____ Teléfono _____

Dirección: _____ Número de Fax: _____

ESTA INFORMACION PUEDE SER DIVULGADA A:

Persona/Institución: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Número de Fax: _____

INFORMACION A SER DIVULGADA: (ponga sus iniciales en la selección deseada)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Historial Clínico General | <input type="checkbox"/> Vacunas |
| <input type="checkbox"/> Historial médico y Resultados de los Exámenes Físicos | <input type="checkbox"/> Archivos Prenatales |
| <input type="checkbox"/> Notas de Progreso | <input type="checkbox"/> Consultas Médicas |
| <input type="checkbox"/> Informes de Prueba Diagnóstica (Especificar el tipo de prueba) _____ | |
| <input type="checkbox"/> Otros: (Especificar) _____ | |

Expreso aquí mi consentimiento para dar a conocer información relacionada con: (ponga sus iniciales en la selección deseada)

STD VIH/SIDA TBC Drogas/Alcohol Salud Mental WIC (Elegibilidad) I.D.E.A. Part C

PROPOSITO DE LA DIVULGACIÓN:

Continuar tratamiento médico Uso Personal Otro (especificar) _____ Reembolso al Proveedor de Cuidado y coordinación

FECHA DE EXPIRACIÓN: Esta autorización expira (ponga fecha o acontecimiento) _____. Yo entiendo que si no especifico fecha de expiración o algún acontecimiento, esta autorización expirará en seis (6) meses a partir de la fecha en que fue firmada.

RE-DIVULGACIÓN: Entiendo que una vez que la información indicada anteriormente es revelada, ésta puede ser divulgada nuevamente por la persona/servicio que la recibió y que dicha información puede no estar protegida por las regulaciones o leyes federales de privacidad.

CONDICIONES: Yo entiendo que el llenar esta autorización es algo totalmente voluntario y me doy cuenta que el tratamiento no me será negado si yo me rehuso firmar este formulario.

ANULACIÓN: Entiendo que tengo el derecho a anular en cualquier momento esta autorización. Yo entiendo que si anulo esta autorización, ésta debe ser por escrito y presentada al departamento de historial clínico. También entiendo que esta anulación no afecta la información que ya se ha dado a conocer como respuesta a esta autorización. Yo entiendo que esta anulación no afecta la información para mi compañía de seguros, Medicaid y Medicare.

Firma del Cliente/Representante Legal

Fecha

Escriba su Nombre

Relación del Representante Legal con el Cliente

Testigo

Fecha

Client Name: _____
ID#: _____
DOB: _____



**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED
PUEDE OBTENER ACCESO A LA MISMA.
LÉALO DETENIDAMENTE.**

USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

La información médica protegida incluye información demográfica y médica relacionada a la salud física o mental pasada, presente o futura de una persona. La información demográfica podría incluir su nombre, dirección, número de teléfono, número del seguro social y otros medios para identificarlo a usted como una persona específica. La información médica protegida contiene información específica que identifica a una persona o se puede usar para identificar a una persona.

La información médica protegida es información médica creada o recibida por un proveedor de atención médica, plan de salud, empleador o centro de intercambio de información sobre servicios médicos. El Departamento de Salud puede actuar como cada uno de los tipos de comercios anteriores. Esta información médica es usada por el Departamento de Salud en muchas formas en el desempeño de actividades comerciales normales.

Su información médica protegida puede ser usada por el Departamento de Salud para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. *Los profesionales de atención médica usan la información médica en las clínicas y hospitales para cuidar de usted. Su información médica protegida puede compartirse, con o sin su autorización, con otro proveedor de atención médica para propósitos de su tratamiento. El Departamento de Salud puede usar o divulgar su información médica para el manejo de su caso y servicios. El Departamento de Salud, clínica u hospital pueden enviar la información médica a compañías aseguradoras, Medicaid o agencias de la comunidad para pagar por los servicios que le proporcionan.*

Cierto personal del departamento puede usar su información para mejorar las operaciones de atención médica del departamento. El departamento también puede enviarle recordatorios de citas, información sobre opciones de tratamiento u otros servicios y beneficios relacionados con la salud.

Cierta información médica protegida puede divulgarse sin su autorización escrita según lo permita la ley. Tales circunstancias incluyen:

- Reportar el abuso a niños, adultos o personas discapacitadas.
- Investigaciones relacionadas con un menor desaparecido.
- Auditorías e investigaciones internas por parte de las oficinas, divisiones y dependencias del departamento.
- Investigaciones y auditorías por parte del Inspector General y Auditor General del estado, y la Oficina de Análisis de las Políticas del Programa y Contraloría General de la legislatura.
- Propósitos de salud pública, que incluyen estadísticas demográficas, reporte de enfermedades, supervisión de salud pública, investigaciones, intervenciones y regulación de profesionales médicos.
- Investigaciones del médico forense de distrito;
- Investigación aprobada por el departamento.
- Órdenes de un tribunal, órdenes judiciales y citaciones;
- Propósitos de aplicación de la ley, investigaciones administrativas, y procesos legales y administrativos.

Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida por parte del departamento requieren su autorización escrita. Esta autorización tiene una fecha de vencimiento y usted la puede revocar en forma escrita. Estos usos y divulgaciones pueden ser para fines de mercadeo e investigación, ciertos usos y divulgación de notas del psicoterapeuta y la venta de información médica protegida que resulta en remuneración para el Departamento de Salud.

DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene derecho a solicitar al Departamento de Salud que restrinja el uso y la divulgación de su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede limitar las divulgaciones a las personas involucradas en su atención. El departamento no está obligado a aceptar las restricciones. Sin embargo, en situaciones en las que usted o alguien más en su nombre pagan por la totalidad de un artículo o servicio, y usted solicita que la información relacionada con dicho artículo o servicio no se divulgue a una compañía aseguradora, el Departamento aceptará la restricción solicitada.

Tiene derecho a que le garanticen que su información se mantendrá confidencial. El Departamento de Salud se comunicará con usted en la forma y a la dirección o número de teléfono que usted elija. Es posible que se le pida que presente su solicitud por escrito. Si usted es responsable de pagar por los servicios, puede proporcionar una dirección que no sea la de su residencia donde puede recibir correo y donde podamos comunicarnos con usted.

Tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia de su información médica protegida. La inspección que usted haga de la información se hará bajo supervisión y en un lugar y hora definidos. Puede denegársele el acceso según lo especifique la ley. Si se le niega el acceso, tiene derecho a solicitar una revisión por parte de un profesional de atención médica certificado que no haya estado involucrado en la decisión de denegar el acceso. El departamento será el encargado de designar a este profesional de atención médica certificado.

Tiene derecho a corregir su información médica protegida. La solicitud de corregir su información médica protegida debe hacerse por escrito e indicar un motivo que respalde la corrección que solicita. El Departamento de Salud puede denegar su solicitud, en su totalidad o en parte, si determina que la información médica protegida:

- No fue creada por el departamento.
- No es información médica protegida.
- Por ley, no está disponible para que usted la inspeccione.
- Es precisa y completa.

Si se acepta la corrección, el departamento hará la corrección y le informará a usted y a otros que deben estar enterados de la misma. Si se deniega la corrección, puede enviar una carta donde detalla el motivo por el cual no está de acuerdo con la decisión. El departamento responderá a su carta por escrito. También puede presentar una queja, tal como se describe más adelante en la sección de quejas.

Tiene derecho a recibir un resumen de ciertas divulgaciones que el Departamento de Salud pueda haber hecho de su información médica protegida. Este resumen no incluye:

- Divulgaciones que le hayan hecho a usted.
- Divulgaciones hechas a las personas involucradas en su atención.
- Divulgaciones autorizadas por usted.
- Divulgaciones hechas para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- Divulgaciones para salud pública.
- Divulgaciones para fines normativos de profesionales médicos.
- Divulgaciones para reportar el abuso a niños, adultos o personas discapacitadas.
- Divulgaciones previas al 14 de abril de 2003.

Este resumen sí incluye:

- Divulgaciones con fines de investigación, distintos a los que usted autorice por escrito.
- Divulgaciones en respuesta a órdenes de un tribunal, órdenes judiciales y citaciones.

Puede solicitar un resumen de un período de menos de 6 años desde la fecha de su solicitud.

Si recibió este Aviso de prácticas de privacidad en formato electrónico, tiene derecho a solicitar una copia impresa.

El Departamento de Salud puede enviarle un correo o llamarle para recordarle de citas de atención médica.

RESPONSABILIDADES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

Por ley, el Departamento de Salud está obligado a mantener la privacidad de su información médica protegida. Este Aviso de prácticas de privacidad explica cómo se puede usar su información médica protegida y cómo el departamento la mantiene privada y confidencial. Este aviso explica las prácticas y responsabilidades legales relacionadas a su información médica protegida. El departamento tiene la responsabilidad de informarle luego de una violación de la seguridad de su información médica protegida.

Como parte de las responsabilidades legales del departamento, se le debe entregar este Aviso de prácticas de privacidad. El departamento está obligado a cumplir con los términos vigentes del Aviso de prácticas de privacidad.

El Departamento de Salud puede cambiar los términos de este aviso. El cambio, si se hace, aplicará a toda la información médica protegida que mantiene. Los avisos de prácticas de privacidad nuevos o enmendados se publicarán en el sitio web del Departamento de Salud en www.myflorida.com y estarán disponibles por correo electrónico y en todos los edificios del Departamento de Salud. También hay disponibles otros documentos que explican en más detalle sus derechos a inspeccionar y copiar y enmendar su información médica protegida.

QUEJAS

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad en cuestiones médicas, puede presentar una queja ante el Inspector General del Departamento de Salud en 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ teléfono 850-245-4141 y con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. en 200 Independence Avenue, S.W./ Washington, D.C. 20201/ teléfono 202-619-0257 o línea de llamada gratuita 877-696-6775.

La queja se debe hacer por escrito, describir los actos u omisiones que considera que violan sus derechos de privacidad, y presentarse dentro de los 180 días después de enterarse o de cuando debió haber sabido que ocurrió el acto o la omisión. El Departamento de Salud no tomará represalias en su contra por presentar una queja.

PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL

Las solicitudes de información adicional sobre los temas cubiertos por este aviso pueden dirigirse a la persona que le entregó el aviso, al director o administrador de la oficina del Departamento de Salud donde recibió este aviso o al Inspector General del Departamento de Salud en 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ teléfono 850-245-4141.

FECHA DE VIGENCIA

Este Aviso de prácticas de privacidad entra en vigencia a partir del 1 de julio del 2013 y se mantendrá vigente hasta que se apruebe y publique un nuevo Aviso de prácticas de privacidad.

REFERENCIAS

"Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule." 45 CFR Partes 160 a164. *Federal Register* 65, no. 250 (28 de diciembre, 2000).

"Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule" 45 CFR Partes 160 a 164. *Federal Register*, Volumen 67 (14 de agosto, 2002).

HHS, modificaciones a las Reglas de aviso de violación, privacidad, seguridad y aplicación de HIPAA de acuerdo con la Ley de tecnologías de la información para la salud económica y clínica y la Ley de no discriminación por información genética, otras modificaciones a las Reglas de HIPAA, 78 Fed. Reg. 5566 (25 de enero, 2013).



Estado de Florida
Departamento de Salud

Formulario de aceptación del Aviso de prácticas de privacidad

Nombre: _____ N.º de ID de cliente _____

Centro/sitio/programa: _____

He recibido una copia del Formulario de Aviso de prácticas de privacidad del Departamento de Salud, DH 150-741, 09/13.

Firma: _____ Fecha: _____
Individuo o el representante con autoridad legal para tomar decisiones de atención médica

Si firma un representante:

Nombre con letra de molde: _____ Papel: _____
(Padre, tutor legal, etc.)

Testigo: _____ Fecha: _____

Si la persona tiene un representante con autoridad legal para tomar decisiones de atención médica en nombre de la persona, el aviso debe entregarse a y la aceptación debe obtenerse del representante. Si la persona o su representante no firmaron este formulario, el personal debe documentar cuándo y cómo se les entregó el aviso, por qué no se pudo obtener la aceptación y los esfuerzos que se hicieron para obtenerla.

El Aviso de prácticas de privacidad se entregó esta persona el _____
Fecha

Form box with options: Reunión en persona, Envío por correo, Correo electrónico, Otro

Motivo por el cual la persona o su representante no firmaron este documento:

- La persona o su representante eligieron no firmar
La persona o el representante no respondieron después de más de un intento
Verificación de recepción de correo electrónico
Otro

Esfuerzos de buena fe: Se realizaron los siguientes esfuerzos de buena fe para obtener la firma de la persona o su representante. Documente en detalle (p. ej., fechas, horas, personas con las que se habló y resultado de los intentos) los esfuerzos que se hicieron para obtener la firma. Tiene que haberse hecho más de un intento.

- Presentaciones en persona
Contacto por teléfono
Envío por correo
Correo electrónico
Otro

Firma del personal: _____ Título: _____

Nombre con letra de molde: _____

Fecha: _____

This form must be retained for a period of at least six years in the appropriate record.

DOH Notice of Privacy Practices Acknowledgment Form, DH 150-741, 09/13