



SU CLINICA DE LOS PIES

Especialista del los Pies y Tobillos

Charles Allen, D.P.M.
Diplomate, American Board of Podiatric Surgery
Board Certified in Foot Surgery

NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD: *Acuso de Recibo*

ACUSO DE RECIBO

Al firmar este formulario, usted acusa el recibo del *Informe de Normas de Confidencialidad* de Chicago Foot & Ankle, P.C. Nuestro *Informe de Normas de Confidencialidad* ofrece información acerca del modo en que podemos utilizar y divulgar su información médica protegida. Le recomendamos que lo lea por completo.

Nuestro *Informe de Normas de Confidencialidad* está sujeto a cambio. Si hacemos modificaciones en el informe, usted puede obtener una copia del informe enmendado de este modo: *comuníquese con nuestra organización llamando al número 773-925-5700.*

Si tiene alguna pregunta acerca de nuestro *Informe de Normas de Confidencialidad*, puede comunicarse con:

Chicago Foot & Ankle/Compliance Officer
5700 S. Kedzie Ave.
Chicago, IL 60629

Acuso el recibo del *Informe de Normas de Confidencialidad* de Chicago Foot & Ankle, P.C.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____

(paciente, padre o madre, guardián, tutor)

Fecha: _____

IMPOSIBILIDAD DE OBTENER EL ACUSO DE RECIBO

Complete sólo si no obtiene la firma. Si no es posible obtener el acuso de recibo de la persona, describa las gestiones de buena fe que ha realizado con el fin de obtener dicho acuso, y los motivos por el cual no fue obtenido.

Nombre del paciente: _____

Motivos por el cual no se obtuvo el acuso de recibo:

El paciente se negó a firmar este acuso de recibo a pesar de que se le solicitó hacerlo y recibió el Informe de Normas de Confidencialidad

Otro motivo: _____

Firma del representante del proveedor: _____ Fecha: _____