

The Institute for Healthy Aging  
Attn: Mark A. Rosenberg, M.D., FACEP  
101 NW 1<sup>st</sup> Avenue, Delray Beach, Fl 33444

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

## Reconocimiento de normas de confidencialidad

Yo reconozco por la presente que he recibido el Aviso de normas de confidencialidad de The Institute for Healthy Aging.

Firma del paciente o del representante del paciente

Fecha

## Documentación de esfuerzos de buena fe para obtener el reconocimiento del paciente que recibió el Aviso de normas de confidencialidad del proveedor

El paciente acudió al consultorio/hospital el \_\_\_\_\_ y se le ha presentado una copia del Aviso de normas de confidencialidad de la Entidad Protegida. Se ha hecho un esfuerzo de buena fe para obtener el reconocimiento del paciente que recibió el Aviso. Sin embargo, no se obtuvo tal reconocimiento porque:

- El paciente se negó a firmar.
- El paciente no pudo firmar poner sus iniciales porque:  
\_\_\_\_\_
- El paciente tuvo una urgencia médica, y un intento de obtener el reconocimiento se hará en la primera oportunidad.
- Otra razón (describa aquí):  
\_\_\_\_\_

Signature of Employee Completing Form

Date