



**RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE
SOBRE LA NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD
PARA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**

Reconocimiento de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad: Reconozco que me han proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Long Island FQHC, Inc. (LIFQHC), el cual describe cómo la información sobre mi salud puede ser usada y divulgada por LIFQHC y cómo puedo obtener acceso y controlar el uso y divulgación de esta información.

Firma del Paciente o Representante: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente (Imprimir): _____

Nombre del Representante Personal: _____
(Imprimir) (Si es aplicable)

Relación con el Paciente: _____
(Si es aplicable)