



ACUSE DE RECIBO DEL
AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

INFORMACIÓN DEL CLIENTE		
APELLIDO(S):	PRIMER NOMBRE:	INICIAL SEGUNDO NOMBRE:
SI NO ES UN CLIENTE, ESCRIBA SU NOMBRE CON LETRA DEMOLDE:	INDIQUE LA RELACIÓN QUE TIENE CON EL CLIENTE:	

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y compartir su información médica. Le invitamos a que lo lea detenidamente.

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia del aviso modificado visitando el sitio web del Condado, www.cosdcompliance.org, o contactando a cualquier persona del personal involucrada con su atención de salud.

Si tiene cualquier pregunta sobre nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, póngase en contacto con:

HHSa Privacy Officer
County of San Diego
Agency Compliance Office
P.O. Box 865524 (Mail Stop: P501)
San Diego, CA 92186-5524
(619) 338-2808

Yo acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad del Condado de San Diego	
FIRMA:	FECHA: