

CERTIFICACION DE NOTIFICACION SOBRE EL AVISO DE PRIVACIDAD

Certifico que he recibido una copia de la Notificación de Privacidad de **Resurgens Orthopaedics**.

Fecha de Revisión de la Notificación: Abril 14, 2003

Nombre del Paciente o Representante Legal Fecha de Nacimiento del Paciente

Firma del Paciente o Representante Legal Fecha

Relación del Representante Legal con el Paciente

ARRIBA- Para el uso exclusivo del Paciente o el Representante Legal
ABAJO- Para el uso exclusivo de Resurgens Orthopaedics

DOCUMENTACION DE BUENA FE

En esta fecha se le proporciono al paciente identificado anteriormente una copia de la Notificación de Privacidad. Se ha hecho un esfuerzo de buena fe para obtener una certificación por escrito del paciente del recibo de la notificación sobre prácticas de privacidad.

- El paciente rehusó firmar la certificación de la Notificación de Privacidad
- El paciente no pudo firmar debido a:

- Se presento una emergencia medica. Se intentara obtener una certificación tan pronto sea posible.
- Otra razón, explique abajo:

Nombre del Empleado (En Letras Molde) Fecha

Firma del Empleado