



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: |