



The George Washington University Medical Faculty Associates

**Acuse de Recibo del Paciente
Aviso de Prácticas de Privacidad**

Patient Name (Nombre): _____

MRN (numero de historia clinica): _____

Date (Fecha de nacimiento): _____

Reconozco que hoy recibí el Aviso de prácticas de privacidad de MFA.

[Firma del paciente]

Testigo:

Nombre de empleado de MFA:

Título:

Si el paciente se niega a firmar, el miembro del personal de MFA firma a continuación para confirmar que el Aviso se le ofreció al paciente en la fecha indicada anteriormente y el paciente se negó a firmar el reconocimiento

Nombre de empleado de MFA:

Título: