



**RECONOCIMIENTO  
DEL INFORME DE PRÁCTICAS  
DE PRIVACIDAD**

ACCOUNT NO.  
MED. REC. NO.  
NAME  
BIRTHDATE

**RECONOZCO QUE HE RECIBIDO UNA COPIA DEL INFORME DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE OHSU.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (en imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre, Guardián, Persona Responsable,  
Representante Legal (si se aplica)

\_\_\_\_\_  
Fecha

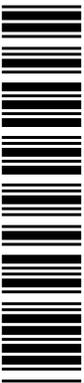
\_\_\_\_\_  
Hora

**La siguiente información es requerida para procesar esta forma. Si hay un sello estampado que incluye su información correcta en la esquina superior derecha de esta forma, usted no necesita completar la siguiente información; sin embargo, le pedimos que corrija cualquier información incorrecta en el sello.**

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Paciente

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social del Paciente (*opcional*)

\_\_\_\_\_  
Número de Archivo Médico del Paciente (de la tarjeta)



MR1449