

**ESTADO DE MASSACHUSETTS
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL**

Acuse de recibo del Aviso sobre prácticas de privacidad

Nombre: _____ Núm. ID DMH _____

Centro/Sitio/Programa: _____

He recibido una copia del Aviso sobre prácticas de privacidad del DMH (Versión _____ Fecha de vigencia _____)

Firma: _____ Fecha: _____
Individuo o representante personal con facultad legal para tomar decisiones relacionadas con la atención médica

En caso de que lo firme un representante personal:

Nombre en letra de molde _____ Función _____
(Padre, tutor, etc.)

Testigo: _____ Fecha: _____

Si el individuo tiene un Representante personal con facultad legal para tomar decisiones relacionadas con atención médica en representación del individuo, debe entregarse el aviso a y obtener una confirmación del Representante personal. ***Si el individuo o el Representante personal no firma arriba, el personal debe documentar cuándo y cómo se entregó el aviso al individuo, la razón por la que no se pudo obtener la confirmación y los esfuerzos hechos para obtenerla.***

Aviso sobre prácticas de privacidad entregado al individuo el _____
fecha

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Reunión en persona |
| <input type="checkbox"/> Correo |
| <input type="checkbox"/> Correo electrónico |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Razón por la que el individuo o el Representante personal no firmaron este formulario:

- El individuo o el Representante personal decidió no firmar
- El individuo o el Representante personal no respondió después de más de **un** intento
- Verificación de recepción por correo electrónico
- Otro _____

Esfuerzos de buena fe: Se hicieron los siguientes esfuerzos de buena fe para obtener la firma del individuo o del Representante personal, si corresponde. Documente en forma detallada (por ejemplo, fecha, hora, personas con las que se habló y el resultado de los intentos) los esfuerzos hechos para obtener la firma. Debe haberse hecho más de **un** intento.

- Presentaciones en persona _____
- Contacto vía telefónica _____
- Contacto por correo _____
- Correo electrónico _____
- Otro _____

Firma del personal: _____ Cargo _____

Nombre en letra de molde: _____

Fecha _____

Este formulario debe conservarse durante un período mínimo de seis años en el registro correspondiente conforme al Manual de privacidad del DMH.