

Fecha de Vigencia: 20 de septiembre de 2013

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE LA NOTICIA DE
REGLAS DE PRIVACIDAD DE EL SISTEMA DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE MIAMI**

Yo certifico que recibí copia de la Noticia de Reglas de Privacidad de el Sistema de Salud de la Universidad de Miami.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma de Paciente o de su Representante Personal/Relación al Paciente

Para uso exclusivo de la Universidad de Miami.

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Medical Record Number: _____

Address: _____

Complete this section if this form is not signed and dated by the patient or patient's representative.

The date that you requested the signature and date: _____

The reason that the signature and date were not obtained:

Refused Emergency Other

Name of UM Representative (Print) Department Name Contact Number Date

University of Miami – Office of Privacy & Data Security
PO Box 019132 (M-879) privacy@med.miami.edu
Miami, FL 33101 305-243-5000 1-866-366-4874

**PATIENT ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF THE UNIVERSITY
OF MIAMI NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (SPANISH)**



Form
D3900001S

Revised
9/20/13

NAME: _____

MRN: _____

LAST 4 DIGITS OF SSN: _____

DOB: ____/____/____

DATE: _____ TIME: _____