

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
Acuse de recibo

Al firmar este formulario, usted acusa recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de Lakeland Regional Health Systems, Inc y Lakeland Regional Medical Center, Inc. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad provee información acerca de cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida.

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad también contienen una sección que explica nuestra Política de No Discriminación y cómo cumplimos con las leyes federales de derechos civiles que no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Lakeland Regional Health no excluye a las personas ni las trata distinto por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Le recomendamos que lo lea completamente.

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, usted podrá obtener una copia del aviso revisado accediendo a nuestro sitio web en myLRH.org, o solicitándolo a Planning and External Relations, Lakeland Regional Medical Center, P.O. Box 95448, Lakeland, Florida 33804.

Si tiene alguna pregunta acerca de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, comuníquese con el director de Servicios de Administración de Información Médica al 863.687.1100, ext. 1415, o a P.O. Box 95448, Lakeland, Florida 33804.

Acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de Lakeland Regional Medical Center y Lakeland Regional Health Systems, Inc.

Firma _____
(paciente/padre o madre/guardián/tutor)

Fecha/Hora

Para ser completado solo si no se obtuvo la firma. Si no es posible obtener el acuse de recibo de la persona, describa los intentos de buena fe realizados para obtener el acuse de recibo de la persona y los motivos por los que no se obtuvo.

Firma _____
(representante del proveedor)

Fecha/Hora



* 1 R E G *

Lakeland Regional Health
NOTICE OF PRIVACY PRACTICE
ACKNOWLEDGE OF RECEIPT
(Spanish)

CONS00079-SP_web LRH 10/17 Page 1 of 1