

Condado de Polk
Notificación de Prácticas
Privadas
Reconocimiento de Recibo
Polk County
Notices of Privacy Practices
Acknowledgment of Receipt

Recibí la copia de la Notificación de Prácticas Privadas del condado de Polk. Entiendo que si el condado de Polk utiliza mi información médica en una manera diferente a la que describe esta notificación, el condado de Polk deberá antes que nada obtener mi permiso por escrito.

(I received a copy of Polk County's Notice of Privacy Practices. I understand that if Polk County uses my personal health information in a manner that is different that described by the Notice, Polk County must first get my permission in writing)

Acepto la notificación a favor de:
(I am accepting this Notice on behalf of:)

- Yo misma (o) (Myself)
 Otra persona que actúa como mi representante (padre, guardian, miembro de la familia, etc.)
(Another person as his or her personal representative (parent, guardian, family member, etc.))

Nombre del consumidor Impreso:
(Print Name of Consumer)

Firma del Consumidor o Representante Personal:
(Signature of Consumer/Personal Representative)

Nombre impreso del representante personal: (Si es aplicable)
Print Name of Personal Representative (if applicable):

Fecha de la Firma: _____
(Date signed)

Si usted ha recibido este recibo por correo. Por favor devuelva una copia firmada a:
(If you received this by mail, please return a signed copy to)

Polk County ___(Covered Entity Name)___
Attention Privacy Officer
P.O. Box 9005, Drawer _____
Bartow, FL 33831-9005