

ACUSE DE RECIBO

Al firmar esta página, reconozco que me han suministrado una copia de esta Notificación de prácticas de privacidad y que se me ha informado cómo el programa y los centros indicados al comienzo de esta notificación utilizarán y revelarán la información sobre mi salud, cómo puedo acceder a dicha información y limitar el acceso a esta. También reconozco y entiendo que puedo solicitar copias de otras notificaciones que describan protecciones específicas a la privacidad de la información relacionada con VIH.

Persona a la que se le brinda el servicio o representante personal	Nombre en letra de imprenta:	
	Firma:	Fecha:
	Si el documento lo firma un Representante Personal , describa la facultad en la que actúa:	

Fecha de entrada en vigencia de la Notificación de privacidad: 12/2020