

## Reconhecimento do Aviso das Práticas de Privacidade

Ao assinar este formulário, você reconhece que recebeu o Aviso das Práticas de Privacidade da Universidade de MCPHS (nome comercial 10 Optical; clínica Forsyth Dental Hygiene Clinic; centro de bem-estar MCPHS University Balance, Movement, and Wellness Center; centro de acupuntura NESA Acupuncture Treatment Center; e centro de visão The Eye and Vision Center). O Aviso traz informações sobre como podemos usar e divulgar as informações médicas e de saúde que mantemos sobre você, bem como seus direitos e nossos deveres com relação às suas informações médicas protegidas. Recomendamos que você leia nosso Aviso completo. Se você tiver alguma dúvida sobre o Aviso das Práticas de Privacidade que nossa equipe de registro não possa responder, entre em contato com nosso Diretor de Privacidade do HIPAA em [privacyofficer@mcpHS.edu](mailto:privacyofficer@mcpHS.edu).

Confirmo o recebimento do Aviso das Práticas de Privacidade da Universidade de MCPHS.

Assinatura: \_\_\_\_\_  
Representante individual ou pessoal com autoridade legal para tomar decisões sobre cuidados de saúde

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

(Se aplicável)

Nome do representante pessoal: \_\_\_\_\_

Relacionamento com o paciente: \_\_\_\_\_

---

### Apenas para uso interno: incapacidade de obter reconhecimento

Se a Universidade de MCPHS não conseguir obter uma assinatura no reconhecimento acima, a equipe deverá registrar o esforço de boa-fé feito para obtê-lo e o motivo pelo qual o reconhecimento não foi obtido:

Esforço para obter o reconhecimento:

- Solicitação presencial
- Solicitação via correio (guardar cópia da carta para inclusão nos registros do paciente)
- Solicitação por e-mail
- Outro: \_\_\_\_\_

Motivo pelo qual o reconhecimento não foi obtido:

- O paciente se recusou a assinar
- O paciente não consegue assinar
- O paciente não devolveu a confirmação por correio ou e-mail
- Outro: \_\_\_\_\_

Nome em letra de forma/cargo/centro do funcionário:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do funcionário: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_