



Acuse de Notificación de Prácticas de Privacidad

La ley federal “Health Insurance Portability and Accountability Act” (HIPAA) requiere que se le notifique las prácticas de privacidad y confidencialidad de la institución y que se evidencie dicha notificación. La **Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal** como parte del Departamento de Salud que es una entidad cubierta, tiene la responsabilidad de salvaguardar su información de salud protegida (PHI) utilizada y/o manejada para uso exclusivo de emitir su Tarjeta de Identificación para el Uso de Cannabis Medicinal.

Para cumplir con las disposiciones de ley, nuestra entidad le ha notificado el “**Aviso Sobre Prácticas de Privacidad de la Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal**” y le solicita que firme este Acuse como evidencia de la notificación de dicho Aviso. La **Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal** y su fuerza trabajadora se comprometen a mantener en estricta confidencialidad toda información de salud y demográfica y dicha información NO se compartirá con terceros a menos que usted o su representante lo autorice.

Al firmarlo usted reconoce haber sido notificado sobre nuestras **Prácticas de Privacidad** y está consiente del uso que la **Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal** le dará a su información de salud según se describe en el Aviso. Reviselo detenidamente, fírmelo y anote la fecha donde se indica.

Por favor, recuerde que la organización se ha reservado el derecho de revisar, cambiar o enmendar la política y práctica sobre uso y divulgación descrita en el Aviso, en cualquier momento.

Yo, , certifico que he leído las disposiciones del “**Aviso Sobre Prácticas de Privacidad de la Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal**”, lo entiendo, y estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresados en el mismo.

Firma o marca del paciente

Fecha

Nombre del Representante Autorizado (si aplica)

Firma del Representante (si aplica)

Relación con el Paciente

Fecha

Para Uso Oficial Solamente

Luego de realizar esfuerzos razonables para obtener el Acuse de Recibo de Prácticas de Privacidad y Consentimiento, no fué posible debido a:

- Paciente se negó a firmar el Acuse
- Barrera de comunicación
- Otro (especifique) _____

Nombre del Representante de Servicio
(en letra de molde)

Firma del Representante

Fecha

