

## ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA FARMACIA DE ESPECIALIDAD ACE

Con la firma de este formulario, usted acusa recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de AcariaHealth, Inc. y sus filiales y subsidiarias (colectivamente, la “Farmacia Especializada ACE”).

Acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de la Farmacia Especializada ACE.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(Paciente/Padre/Madre o Representante Legal)

.....

**Imposibilidad de Obtener el Acuse de Recibo:** A completar por la farmacia especializada solo si no se obtiene la firma.

Si no es posible obtener el acuse de recibo de la persona, describa los esfuerzos de buena fe realizados para obtener el acuse de recibo de la persona y las razones por las que no se obtuvo el acuse de recibo:

Firma del Representante del Proveedor de Farmacia Especializada: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

Motivos por los que no se obtuvo el acuse de recibo:

\_\_\_\_\_ El Paciente se Negó a Firmar

\_\_\_\_\_ Otro Motivo o Comentarios:

\_\_\_\_\_  
(p. ej.: Entrega en el domicilio del paciente; el paciente no pudo firmar).

.....

Devuelva este formulario en el sobre adjunto.

Si desea obtener más información o notificar un problema, utilice la información de contacto del agente que figura en la página 7 del folleto Aviso de prácticas de privacidad.