



VERIFICACION DEL COMPROBANTE DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, _____, verifico que he recibido y leído una copia completa del
Paciente/Padre/Madre/Guardián

Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente del Condado
Weld en este _____ día de _____, 20 _____. También verifico que el día de
hoy, no tengo preguntas relacionadas con el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del Paciente/Padre/Madre/Guardián

Nombre del Paciente/Padre/Madre/Guardián

Dirección del Paciente/Padre/Madre/Guardián

Teléfono del Paciente/Padre/Madre/Guardián

----- Office-Use -----

The client received a copy
of the privacy act for review

Signature of Staff

The client declined a copy
of the privacy act for review

Printed Name of Staff

Patient Name: _____

Patient DOB: _____

Health Administration
Vital Records
Tele: 970-304-6410
Fax: 970-304-6412

Public Health &
Clinical Services
Tele: 970-304-6420
Fax: 970-304-6416

Environmental Health
Services
Tele: 970-304-6415
Fax: 970-304-6411

Communication,
Education & Planning
Tele: 970-304-6470
Fax: 970-304-6452

Emergency Preparedness
& Response
Tele: 970-304-6470
Fax: 970-304-6452

