

Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur  
**ACEPTACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS PRIVADAS DE HIPAA**

Nombre de la Persona o del Archivo:	Oficina, Ubicación:
-------------------------------------	---------------------

Por la presente acepto que he recibido una copia de la Notificación de Prácticas Privadas de HIPAA del Departamento de Servicios Sociales (DSS), fecha da el 14 de abril de 2003.

\_\_\_\_\_ 1. Firma de la persona \_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_ 2. Firma del Representante Personal (Si se trata de un menor o adulto vulnerable) \_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta

**No se obtuvo firma de aceptación:**

Se entregó una copia de la notificación directamente a la persona y/o se le explicaron las Prácticas Privadas. No se obtuvo su firma por las siguientes razones:

En este momento el DSS es el Representante Personal del menor. El menor se encuentra bajo custodia del DSS.

La persona rehusó firmar y/o aceptar una copia de la Notificación por la(s) siguiente(s) razón(es):

\_\_\_\_\_

Se explicó la Notificación de Privacidad telefónicamente. Se envió una copia por correo al cliente.

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

\_\_\_\_\_ Firma del Representante del DSS \_\_\_\_\_ Fecha

**Coloque este formato en el archivo del cliente.**