



**ACUSO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**  
**DE OSF HEALTHCARE**  
**UNA SOLA ENTIDAD DE COBERTURA AFILIADA**

Notifico que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad de OSF HealthCare una Sola Entidad de Cobertura Afiliada con la fecha de vigencia a partir del 23 de Septiembre del 2013 y actualizado el 12 de diciembre de 2025. Entiendo que el Aviso describe los usos y divulgaciones que pueden hacer de mi información médica protegida las Entidades cubiertas que constituyen colectivamente el OSF HealthCare Sola Entidad de Cobertura Afiliada y que me informa de mis derechos respecto de la información médica protegida.

---

**Nombre del paciente**

**Número de expediente médico**

**Fecha de nacimiento**

---

**Firma del paciente o representante personal**

---

**Nombre del paciente o de su representante personal, en letra imprenta**

---

**Fecha**

**Si se trata del Representante personal, indique la relación.**

---

**Rechasos**

\_\_\_\_\_

La persona se negó a aceptar una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

\_\_\_\_\_

La persona recibió una copia del Aviso de prácticas de privacidad pero se negó a firmar el Acuso de recibo.

---

**Firma del representante de OSF HealthCare**

---

**Nombre del representante de OSF  
HealthCare**