



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.

Rechazos

_____ 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