



St. Thomas East End Medical Center Corporation
 4605 Tutu Park Mall, Sala 207
 P.O. Box 503177
 St. Thomas, VI 00805-3177

Tel: (340)775-3700
 Fax: (340)777-7927

"Su Salud es nuestra Primera Prioridad"

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Puede Negarse a Firmar Este Reconocimiento

El abajo firmante reconoce recibo de una copia vignete del actual Aviso de Prácticas de Privacidad de St. Thomas East End Medical Center Corporation (STEEMCC) el _____ día de _____, 20 _____.

_____	_____
Nombre en Molde	Firma
_____	_____
Testigo	Fecha

Si usted es el representante legal del paciente, escriba el nombre del paciente (s) y describa su autoridad

_____.

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario o el Aviso adjunto, comuníquese con el Oficial de Privacidad, St. Thomas East End Medical Center Corporation, 4605 Tutu Park Mall, Suite 207, St. Thomas, Virgin Islands, 00802 por correo postal o por número de teléfono al (340)775-3700 ext. 2035.

OFFICIAL USE

I attempted to obtain patient or (representative signature) on this Acknowledgement but did not because of the before aforementioned.

- It was an emergency.
- I could not communicate with the patient.
- The patient refused to sign.
- The patient was unable to sign because _____.

Other: _____

_____	_____
Patient Access Signature	Date

_____	_____
Patient Access Manager Signature	Date