



DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS PARA
PERSONAS DE LA TERCERA EDAD DE MISSOURI
P.O. BOX 570, JEFFERSON CITY, MO 65102-0570
TELÉFONO: 573-751-6400 FAX: 573-751-6010

RELAY MISSOURI para las Personas
con Impedimentos en la Audición o en el
Habla 1-800-735-2966
VOZ 1-800-735-2466

DECLARACIÓN DE RECIBO DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD

1. NOMBRE DEL USUARIO (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE Y APELLIDO)		
2. FECHA DE NACIMIENTO DEL USUARIO (Mes/Día/Año)	3. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL USUARIO	4. NO. DE MEDICAID (DNC) DEL USUARIO (SI CORRESPONDE)
Declaro que he recibido una copia del Aviso de las Políticas de Privacidad del Departamento de Salud y Servicios para Personas de la Tercera Edad de Missouri y se me ha informado dónde puedo obtener las revisiones hechas a posteriores a este Aviso.		
ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO/PADRE/TUTOR LEGAL/TITULAR DEL PODER LEGAL DURADERO PARA LOS CUIDADOS DE LA SALUD		
FIRMA DEL USUARIO/PADRE/TUTOR LEGAL/TITULAR DEL PODER LEGAL DURADERO PARA LOS CUIDADOS DE LA SALUD (DPOA-HC, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)	FECHA	
NOTA: Si este documento se firma por el tutor legal o titular del poder legal duradero para los cuidados de la salud, adjuntar una copia de las Cartas que designan al tutor legal o la copia del titular del poder legal duradero para los cuidados de la salud.		
Por favor marque una de las siguientes opciones para indicar la relación entre el usuario y la persona cuya firma aparece en la línea superior:		
<input type="checkbox"/> USUARIO <input type="checkbox"/> PADRE DEL USUARIO <input type="checkbox"/> TUTOR LEGAL DEL USUARIO <input type="checkbox"/> PODER LEGAL DPOA-HC DEL USUARIO <input type="checkbox"/> EL USUARIO SE NEGÓ A FIRMAR LA DECLARACIÓN		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; width: fit-content;">SÓLO para el personal (For Staff Use Only)</div>		
<hr/> Name of Bureau or Program		
<hr/> Address	<hr/> City	<hr/> State
<hr/> Staff Signature (if present when Notice provided)		<hr/> Date
<hr/> Print Name		

MO 580-2882 (7-07) SP