

## Notificación de prácticas de privacidad del Condado de Hillsborough Confirmación de recibo

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Condado de Hillsborough. Entiendo que si el Condado de Hillsborough desea utilizar mi información de salud personal en asuntos no descritos en el Aviso, el Condado de Hillsborough deberá solicitar primero, mi autorización.

Estoy aceptando este aviso de parte de:

míó (personal)

o

A nombre de otra persona como representante (padre, guardián, miembro de la familia, etc.)

---

Nombre en letra de molde

---

Firma de persona o su representante personal

---

Fecha

---

Si está firmando para otra persona, escriba su nombre en letra de molde

Si usted recibió esta notificación por correo, devuelva una copia firmada al departamento correspondiente que aparece marcado:

Hillsborough County

Aging Services  
P.O. Box 1110  
Tampa, FL 33601  
Atención: \_\_\_\_\_

Hillsborough County

Children's Services  
3110 Clay Magnum Lane  
Tampa, FL 33618  
Atención: \_\_\_\_\_

Hillsborough County

Children's Services/Head Start  
3639 W. Waters Avenue, Ste. 500  
Tampa, FL 33614  
Atención: \_\_\_\_\_

Hillsborough County

Criminal Justice Liaison  
P.O. Box 1110  
Tampa, FL 33601  
Atención: \_\_\_\_\_

Hillsborough County

Fire Rescue  
2709 E. Hanna Avenue  
Tampa, FL 33610  
Atención: \_\_\_\_\_

Hillsborough County

Health & Social Services  
P.O. Box 1110  
Tampa, FL 33601  
Atención: \_\_\_\_\_

Hillsborough County

Human Resources  
P.O. Box 1110  
Tampa, FL 33601  
Atención: \_\_\_\_\_

Hillsborough County

HIPAA Compliance Office  
505 E. Jackson St., Ste. 300  
Tampa, FL 33602  
Atención: \_\_\_\_\_