

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES: *Acknowledgement of Receipt*

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT

By signing this form, you acknowledge receipt of the *Notice of Privacy Practices* of [*name of covered entity*]. Our *Notice of Privacy Practices* provides information about how we may use and disclose your protected health information. We encourage you to read it in full.

Our *Notice of Privacy Practices* is subject to change. If we change our notice, you may obtain a copy of the revised notice by: (*accessing our web site / contacting our organization at 1-800-_____ - _____ / insert alternative*).¹

If you have any questions about our *Notice of Privacy Practices*, please contact:

I acknowledge receipt of the *Notice of Privacy Practices* of [*name of covered entity*].

Patient's Name: _____

Signature: _____ Date: _____
(patient/parent/conservator/guardian)

INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT

Complete only if no signature is obtained. If it is not possible to obtain the individual's acknowledgement, describe the good faith efforts made to obtain the individual's acknowledgement, and the reasons why the acknowledgement was not obtained.

Patient's Name: _____

Reasons why the acknowledgment was not obtained:

- Patient refused to sign this acknowledgement even though the patient was asked to do so and the patient was given the Notice of Privacy Practices
- Other: _____

Signature of provider representative: _____ Date: _____

¹ This section applies only if your Covered Entity has reserved the right to change its privacy practices. It is recommended that providers reserve this right.

NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD:

Acuso de Recibo

ACUSO DE RECIBO

Al firmar este formulario, usted acusa el recibo del *Informe de Normas de Confidencialidad* de [*name of covered entity*]. Nuestro *Informe de Normas de Confidencialidad* ofrece información acerca del modo en que podemos utilizar y divulgar su información médica protegida. Le recomendamos que lo lea por completo.

Nuestro *Informe de Normas de Confidencialidad* está sujeto a cambio. Si hacemos modificaciones en el informe, usted puede obtener una copia del informe enmendado de este modo: (*visite nuestra sede en la red / comuníquese con nuestra organización llamando al número 1-800-_____ - _____ / insert alternative*).¹

Si tiene alguna pregunta acerca de nuestro *Informe de Normas de Confidencialidad*, puede comunicarse con:

Acuso el recibo del *Informe de Normas de Confidencialidad* de [*name of covered entity*].

Nombre del paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____
(*paciente, padre o madre, guardián, tutor*)

IMPOSIBILIDAD DE OBTENER EL ACUSO DE RECIBO

Complete sólo si no obtiene la firma. Si no es posible obtener el acuso de recibo de la persona, describa las gestiones de buena fe que ha realizado con el fin de obtener dicho acuso, y los motivos por el cual no fue obtenido.

Nombre del paciente: _____

Motivos por el cual no se obtuvo el acuso de recibo:

El paciente se negó a firmar este acuso de recibo a pesar de que se le solicitó hacerlo y recibió el Informe de Normas de Confidencialidad

Otro motivo: _____

Firma del representante del proveedor: _____ Fecha: _____

¹This section applies only if your Covered Entity has reserved the right to change its privacy practices. It is recommended that providers reserve this right.

