

Place Patient Label Here

ACKNOWLEDGEMENT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

ACERCA DE NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Estamos comprometidos a proteger su información personal de salud en conformidad con la ley. El aviso de privacidad establece lo siguiente:

- Nuestras obligaciones bajo la ley con respecto a su información médica personal.
- ¿Cómo podemos utilizar y divulgar la información médica que mantenemos sobre usted?
- Sus derechos relacionados con su información personal de salud.
- Nuestros derechos para cambiar nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.
- ¿Cómo presentar una queja si considera que se han violado sus derechos de privacidad?
- Las condiciones que se aplican a los usos y revelaciones no descritos en este aviso.
- ¿Cómo puede recibir más información sobre nuestras prácticas de privacidad?

FIRMA

Por este medio reconozco que puedo leer o solicitar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de CommuniCare Health Centers.

Firma: _____ Fecha: _____
Paciente

Firma: _____ Fecha: _____
Representante Legal del Padre o Del Paciente (si corresponde)

Si está firmado por otro usuario, imprima el nombre y la relación:

Nombre de impresión: _____ Relación: _____

**SÓLO USO DE OFICINA
 OFFICE USE ONLY
 TO BE COMPLETED WHEN A PATIENT'S SIGNATURE IS NOT OBTAINED**

Documentation of Acknowledgement Not Obtained

Patient Name: _____ Date of first visit: _____ Location: _____

1. How was a copy of the Health Center's Notice of Privacy Practices provided?
 - Patient received a paper copy at the time of visit.
 - A copy was mailed or faxed prior to first visit.
2. Describe the good faith efforts make to obtain the patient's signed Acknowledgement of Receipt:
 - Patient was asked to sign the Acknowledgement of Receipt and counseled on our obligations to provide the notice and obtain a signed acknowledgement.
 - Other: _____
3. Describe the reasons why a signed Acknowledgement of Receipt was not obtained:
 - Patient is unwilling or declines to sign.
 - Other: _____

Signature/Title or Department: _____ Date: _____