

# NOTICE OF PRIVACY PRACTICES: ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT

## **ACKNOWLEDGMENT 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” tells you how we may use and disclose your protected health information. We encourage you to read it in full.

We may change our “Notice of Privacy Practices.” If we change our notice, you may obtain a copy of the revised notice by: [accessing our website/contacting our organization at 1-800-\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_/insert alternative].<sup>1</sup>

If you have any questions about our “Notice of Privacy Practices,” please contact: [insert contact information]

---

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

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM / PM

Signature: \_\_\_\_\_  
*(patient/legal representative)*

If signed by someone other than patient, indicate relationship: \_\_\_\_\_

Print name: \_\_\_\_\_  
*(legal representative)*

(over)

---

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

**INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGMENT**

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

Patient Name: \_\_\_\_\_

Reasons why the acknowledgment was not obtained:

- Patient refused to sign this Acknowledgment even though the patient was asked to do so and the patient was given the Notice of Privacy Practices.
- Other: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM / PM

Signature: \_\_\_\_\_  
(*provider representative*)

Print name: \_\_\_\_\_  
(*provider representative*)

# 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 “Aviso de prácticas de privacidad” le informa cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida. Le recomendamos que lo lea por completo.

Podemos cambiar nuestro “Aviso de prácticas de privacidad.” 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].<sup>1</sup>

Si tiene alguna pregunta acerca de nuestro “Informe de Normas de Confidencialidad,” puede comunicarse con [insert contact information]:

---

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

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(paciente o representante legal)

Si no lo firma el paciente, indique la relación con éste: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(representante legal)

(sobre)

---

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

**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: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(representante del proveedor)

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(representante del proveedor)