ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (NPP)

Se entrega una **Notificación de prácticas de privacidad (NPP, *Notice of Privacy Practices*)** a todos los pacientes. Esta Notificación de prácticas de privacidad identifica: 1) el modo en que puede usarse o divulgarse su información médica; 2) sus derechos a acceder a ella, modificarla, solicitar un detalle de las divulgaciones que se hubieran hecho sobre la información médica y solicitar restricciones adicionales sobre los usos y divulgaciones que hagamos respecto de la misma; 3) sus derechos a presentar quejas, en caso de que estime que se han violado sus derechos de privacidad; y 4) nuestras obligaciones de mantener la privacidad de su información médica.

El signatario certifica que ha leído el documento que antecede, que recibió una copia de la Notificación de prácticas de privacidad (NPP) y que es el paciente o el representante personal del mismo.

_____ _____
Nombre del paciente Firma del paciente

_____ / _____ / _____
Fecha de la firma

_____ _____
Nombre del representante personal del paciente Firma del representante personal del paciente

_____ / _____ / _____
Fecha de la firma

FOR INTERNAL USE ONLY

_____ _____
Name of Employee Signature of Employee

If applicable, reason patient's written acknowledgement could not be obtained:

- ☐ Patient was unable to sign.
- ☐ Patient refused to sign.
- ☐ Other _____
  _____

____ - ____ (Version: As noted on NPP) ____/ ____/ ____ (Date: As noted on NPP)

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (NPP) ACKNOWLEDGEMENT

PATIENT ID

WHITE – MEDICAL RECORD **CANARY** – PATIENT **PINK** - ADMITTING