



ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (NOPP)

Al firmar abajo, reconozco que me han entregado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y, por lo tanto, se me ha explicado cómo la información acerca de mi salud puede ser utilizada y revelada por los hospitales y las instalaciones nombradas al principio de este aviso, y cómo yo puedo obtener acceso y controlar esta información.

Apellido Primer nombre Inicial

Fecha de nacimiento

Firma del paciente o representante autorizado

Nombre del representante autorizado Relación con el paciente

Fecha

FOR OFFICE USE ONLY

I was not able to obtain the patient's acknowledgement of receipt of the NOPP upon registration because:

- The patient refused to sign despite good faith efforts
- The patient was unaccompanied and not alert and oriented
- The patient was unaccompanied and needed emergency care
- Other, (explain):

Employee name Date

Employee signature Employee title

- Acknowledgment subsequently obtained, (see above).