



**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
(ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES – SPANISH)**

Entiendo que la entidad Hoag seleccionada anteriormente y sus filiales pueden compartir mi información de salud para fines de tratamiento, facturación y operaciones de atención médica. Recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad que describe cómo se usa y se comparte mi información de salud. Entiendo que la entidad Hoag seleccionada anteriormente y sus filiales tienen derecho a modificar este aviso en cualquier momento. Puedo obtener otra copia comunicándome con el consultorio del proveedor que seleccioné anteriormente.

Confirmando que recibí el Aviso de prácticas de privacidad:

Nombre del paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____
PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL

Si la persona que firma no es el paciente, indique su relación con el paciente: _____

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.

Reasons why the acknowledgment was not obtained:

- Patient or Legal Representative received Notice of Privacy Practices but refused to sign Acknowledgment of Receipt
- Patient or Legal Representative unavailable to acknowledge receipt of Notice of Privacy Practices
- Other: _____

Patient Name: _____

Staff Signature: _____ Date: _____

NOTICE OF PRIVACY PRACTICE

Form# 8007-S

Rev 12/01/21



[7059]

PATIENT LABEL