



**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: _____
(Patient's Name)

Firma del Paciente/Representante Legal: _____ Fecha: _____
(Patient/Legal Representative Signature) (Date)

Si esta firmado por otra persona que no sea el paciente, indique la relación: _____
(If signed by other than patient, indicate relationship)

Imprima Nombre (Representante Legal): _____
(Print Name – Legal Representative)

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 Print Name: _____ Signature: _____ Date: _____

HIPAA NOTICE OF PRIVACY

Form# 8007-S
Patient Level

Rev 06/01/23

PATIENT LABEL



[7701]

