

Acuse de recibo de Notificación de las prácticas de privacidad
(Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) – Notificación de las prácticas de privacidad

- Me han dado una copia de la **Notificación Conjunta de las Prácticas de Privacidad** de Novant Health.
- Sé que la notificación podría ser modificada en cualquier momento.
- Puedo obtener una copia nueva de la notificación en el sitio web de Novant Health: www.novanthealth.org; si escribo a Privacy Official, Novant Health Privacy Office, P.O. Box 33549, Charlotte, NC28233; o si solicito una copia en cualquier centro de Novant Health.

Firma del paciente

Fecha/hora

Firma de la persona autorizada

Fecha/hora

Parentesco con el paciente

For staff use only:

Patient refused to sign. Patient was informed that signing merely acknowledges that the Notice has been made available to the patient; or *Patient was initially treated for an emergency condition. The Notice was made available to the patient either after stabilization or upon transfer.*

Signature of Staff: _____ Date: _____ Time: _____

If limited English proficient or hearing impaired, offer interpreter at no additional cost:

Interpreter Accepted _____ Interpreter Refused
(Name/Number of Person/Services Chosen/Used)



Acuse de recibo de Notificación de las prácticas de privacidad