

Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros de salud (HIPAA)

Se me ha entregado la *Notificación de prácticas de privacidad* de St Christopher's Pediatric Associates. Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta notificación.

Nombre del Paciente: _____ **MRN:** _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Imprima el Nombre del paciente: _____

Firma del padre si el paciente es menor de edad: _____ **Fecha:** _____

_____ obtenido de _____
Consentimiento Verbal Relación al Paciente

Solo para use de oficina

Intentamos obtener confirmación escrita del recibo de Notificación de Prácticas de Privacidad pero no se pudo obtener la confirmación debido a:

_____ El individuo se negó a firmar.

_____ Las barreras de comunicación prohíben la obtención de la notificación

_____ Una situación de emergencia impidió obtener el reconocimiento

_____ Otra _____

**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT
OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**