

**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**