

**Reconocimiento de Recibo
de
NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Por la presente, reconozco que he recibido, en la fecha indicada abajo, una copia de la "**Notificación de Prácticas de Privacidad**" del Sistema de Salud Wellstar para Información Protegida de Salud.

Fecha de Recibo

Fecha de Nacimiento

Nombre del Paciente en Letra Imprenta

Nombre del Representante Autorizado en Letra Imprenta

Firma del Paciente

Firma del Representante Personal Autorizado

Por Favor Indique su Relación con el Paciente

SOLAMENTE PARA USO DEL PERSONAL DEL SISTEMA DE SALUD WELLSTAR

For use by Wellstar Personnel Only

*(complete this section if patient acknowledgment is **not** received)*

An Acknowledgment of Receipt of Notice of Privacy Practices was not received because:

- Patient refused to sign Acknowledgment
- Unable to gain signed Acknowledgment due to communication / language or other barrier
- Patient was unable to sign Acknowledgment due to emergency treatment situation
- Other (*please indicate reason*): _____

Signature of Wellstar Representative

Date

Time

Wellstar Medical Group

**Acknowledgment of Receipt of
Notice of Privacy Practices - Spanish**