



Reconocimiento de Recibo
de
"NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD"
para
Información protegida de salud

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

Nombre del representante autorizado en letra impresa

Firma del paciente

Firma del representante personal autorizado

Po favor indique su relación con el paciente

SOLAMENTE PARA USO DEL PERSONAL DEL SISTEMA DE SALUD WELLSTAR: *[Complete if patient acknowledgement is not obtained]*

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

- Patient refused to sign Acknowledgement
- Unable to gain signed Acknowledgment due communication/language or other barrier.
- Patient was unable to sign Acknowledgment due to emergency treatment situation.
- Other- Please indicate *reason* _____

Signature of Wellstar Representative: _____

Please [2] the appropriate facility:

- Kennestone Hospital Cobb Hospital Douglas Hospital Windy Hill Hospital Paulding Hospital
- Homecare Hospice
- Other: _____

WellStar

- Cobb Douglas Kennestone
 - Paulding Windy Hill
- Notice of Privacy Practices

PATIENT IDENTIFICATION STICKER

