



# NOTIFICACIÓN DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

## Reconocimiento de Recibo

### RECONOCIMIENTO DE RECIBO

Al firmar esta forma, usted acepta recibo de la *Notificación de Practicas de Privacidad* del Condado de Orange. Nuestra *Notificación de Practicas de Privacidad* provee información sobre como podemos usar y compartir su información médica. Le recomendamos leerla completamente.

Nuestra *Notificación de Practicas de Privacidad* pudiese cambiar. Si llegase a cambiar, usted puede recibir una nueva copia a través de La página de Internet: <http://ochealthinfo.com/about/admin/hipaa/npp> o al contactar al Oficial de Privacidad de la Agencia del Cuidado de Salud del Condado al número de teléfono (714) 834-4082.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de nuestra *Notificación de Practicas de Privacidad*, por favor contacte al Oficial de Privacidad de la Agencia del Cuidado de Salud del Condado al número de teléfono (714) 834-4082.

Yo reconozco que recibí la *Notificación de Practicas de Privacidad* del Condado de Orange.

Imprima Su Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
(paciente/padre/conservador/guardián)

### INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT

**To be completed only if signature is not obtained. Please check the box that best applies.**

- Patient/Client has already received NPP at another County facility.
- Patient/Client to receive anonymous testing; wishes to remain anonymous.
- Please describe the good faith efforts made to obtain the patient's/client's acknowledgement, and the reasons why the acknowledgement was not obtained below:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_  
(County Clinic/Office Staff)