



## Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices

Notice to Patient:

The Larimer County Department of Health and Environment is required to provide you with a copy of our Notice of Privacy Practices, which states how we may use and/or disclose your health information. Please sign this form to acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices. You may refuse to sign this acknowledgement.

I acknowledge that I have received a copy of Larimer County Department of Health and Environment's Notice of Privacy Practices.

Printed Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

If this Acknowledgement is signed by a personal representative on behalf of the patient, complete the following:

NOTE: A parent is considered a Personal Representative for a minor under the HIPAA Privacy Regulations.

Personal Representative Name: \_\_\_\_\_

Relationship to Patient: \_\_\_\_\_

### FOR OFFICE USE ONLY

We have made every effort to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices from this patient, but it could not be obtained because:

- The patient refused to sign.
- Due to an emergency situation it was not possible to obtain an acknowledgement.
- Communication barriers prohibited obtaining acknowledgement.
- Other (Please provide specific details)

Employee: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad

Aviso al paciente:

El Departamento de Salud y Medio Ambiente del Condado de Larimer debe proporcionarle una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, que establece cómo podemos usar y / o divulgar su información de salud. Por favor, firme este formulario para acusar recibo de la Notificación de Prácticas de Privacidad. Puede negarse a firmar este reconocimiento.

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud y Medio Ambiente del Condado de Larimer.

Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si este Acuse de recibo está firmado por un representante personal en nombre del paciente, complete lo siguiente:

NOTA: Un padre se considera un representante personal de un menor bajo las Regulaciones de Privacidad de HIPAA.

Nombre del representante personal: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

### SOLO PARA USO EN LA OFICINA

Hemos hecho todo lo posible para obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad de este paciente, pero no se pudo obtener porque:

\_\_\_ El paciente se negó a firmar.

\_\_\_ Debido a una situación de emergencia no fue posible obtener un reconocimiento.

\_\_\_ Barreras de comunicación prohibieron obtener el reconocimiento.

\_\_\_ Otro (Sírvase proporcionar detalles específicos)

Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_