|  |  |
| --- | --- |
| Bwcologo3NOTIFICACIÓN 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.  Firma: Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Imprima Su Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (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) | |