



HIPPA ACKNOWLEDGEMENT FORM

Integrated Health Services

We are 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 that you have been made aware of this policy.

I acknowledge that I have been made aware that the Notice of Privacy Practices is available for my review.

Print your name:

Signature:

Date:

FOR OFFICE USE ONLY

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

- Patient refused to sign
- Due to an emergency situation it was not possible to obtain an acknowledgement
- We were not able to communicate with the patient
- Other (please provide specific details)

EMPLOYEE SIGNATURE

DATE



FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE HIPPA

Integrated Health Services

Estamos obligados a proporcionarle una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, que establece cómo podemos usar y/o divulgar su información médica.

Por favor, firme este formulario para reconocer que ha sido informado de esta poliza.

Reconozco que he sido informado del Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible para mi revisión.

Imprima su nombre:

Firma:

Fecha:

SÓLO PARA USO EN OFICINA

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

- El paciente lo negó a firmar
- Debido a una situación de emergencia, no fue posible obtener un reconocimiento
- No pudimos comunicarnos con el paciente
- Otros (indique detalles específicos)

FIRMA DEL EMPLEADO

FECHA