

NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL

Columbia Presbyterian Medical Center



00000

**RECEIPT OF HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
ACKNOWLEDGEMENT**

IF NO PLATE, PRINT NAME, SEX AND MEDICAL RECORD NO.

Date _____ / _____ / 20_____

The Notice of Privacy Practices describes how Protected Health Information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully.

NewYork-Presbyterian Hospital is required by law to protect the privacy of health information that may reveal your identity, and to provide you with a copy of this notice which describes the health information privacy practices of our Hospital, its medical staff, and affiliated health care providers that jointly perform payment activities and business operations with our Hospital. "Protected Health Information" is information about you, including demographic information, that may identify you and that relates to your past, present or future physical or mental health or condition and related health care services.

Signature of Patient/Health Care Agent/Guardian/Relative

(This signature indicates having received a copy of the Notice of Privacy Practices.)

Patient is unable to sign due to medical reasons

Patient refuses to sign

Other (Please Explain) _____

This Acknowledgement Form will become part of your permanent medical record.

NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL

Columbia Presbyterian Medical Center



00000

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRACTICAS DE CONFIDENCIALIDAD DE HIPAA

IF NO PLATE, PRINT NAME, SEX AND MEDICAL RECORD NO.

Fecha _____ / _____ / 20_____

Este Aviso de Prácticas de Confidencialidad describe la manera en que se podrá utilizar y divulgar la Información Protegida sobre su Salud y el modo en que puede obtener acceso a esta información. Revíselo detenidamente.

La ley exige al NewYork-Presbyterian Hospital el proteger la confidencialidad de la información de salud que pueda revelar su identidad y proveer a usted con una copia de este aviso que describe las prácticas de confidencialidad de la información de Salud de nuestro Hospital, personal médico, y proveedores de salud afiliados que conjuntamente desempeñan actividades de pago y operaciones de negocios con nuestro Hospital. "Información de Salud Protegida" es información acerca de usted, incluyendo información demográfica, que puede identificarlo a usted y que se relaciona con su pasada, presente y futura condición o salud física y mental y servicios de salud relacionados.

Firma del paciente /Agente de Cuidado de Salud/Tutor/Familiar

(Esta firma indica el haber recibido una copia del Aviso de Prácticas de Confidencialidad)

Paciente esta inhabilitado para firmar debido a razones médicas

Paciente se rehusa a firmar

Otros (Por favor explique) _____

Este Formulario de Reconocimiento será parte de su registro médico permanente.