



**AVISO SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO**

FECHA: \_\_\_\_\_

Reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad de ColumbiaDoctors.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (en letras de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

**Si este formulario fue completado por el representante personal del paciente, por favor escriba el nombre en letras de imprenta y firme a continuación.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante Personal  
(en letras de imprenta) y parentesco

\_\_\_\_\_  
Firma del representante personal

For ColumbiaDoctors use only

Complete this section if this form is not signed and dated by the patient or patient's personal representative.

I have made a good faith effort to obtain a written acknowledgement of receipt of ColumbiaDoctors Notice of Privacy Practices but was unable to for the following reasons:

- Patient refused to sign
- Patient unable to sign
- Other \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Employee Name

\_\_\_\_\_  
Date

**Este formulario se debe colocar en el expediente medico del paciente**

*Revised March 2014*

<p><b>CERTIFIED</b> to be a true and correct translation from English to Spanish: M.G. 02/20/08 R THE HISPANIC TRANSLATION CENTER Columbia University Medical Center</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------