



NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT

I acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices from Baptist Health. The Notice of Privacy Practices provides information about how Baptist Health may use and disclose your protected health information. We encourage you to review it carefully. The Notice of Privacy Practices is subject to change. If the notice is changed, you may obtain a revised copy from your Baptist Health provider or by visiting our website (www.baptistfirst.org). Should you have any questions regarding your privacy rights, please consult the Notice of Privacy Practices for contact information.

Please print Name (Patient's Name)

Signature (Patient/Guardian/Responsible Party)

Date

For Baptist Health Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained for one of the following reasons:

_____ Individual refused to sign

_____ An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement

_____ Other

Please provide a brief explanation of the reason acknowledgement was not obtained.



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ACUSE DE RECIBO

Por medio de la presente confirmo haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Baptist Health. El Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo Baptist Health puede utilizar y divulgar su información de salud protegida. Recomendamos leer el aviso cuidadosamente. El Aviso de Prácticas de Privacidad está sujeto a cambios. Si se modifica el aviso, un proveedor de Baptist Health le puede proporcionar una copia revisada o puede obtenerla a través de nuestro sitio web (www.baptistfirst.org). En caso de tener alguna pregunta sobre sus derechos de privacidad, consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad para obtener información de contacto.

Nombre en imprenta (nombre del paciente)

Firma (paciente/tutor/parte responsable)

Fecha

Solo para uso de Baptist Health

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de su Aviso de Prácticas de Privacidad pero no pudimos hacerlo por uno de los siguientes motivos:

_____ La persona se negó a firmar

_____ Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo

_____ Otro

Proporcione una explicación breve sobre el motivo por el que no se pudo obtener el acuse de recibo.



개인정보 취급방침 통지 접수 확인

본인은 Baptist Health로부터 개인정보 취급방침 통지를 접수하였음을 확인합니다. 개인정보 취급방침 통지는 Baptist Health가 귀하의 보호 받는 건강정보를 어떻게 사용하며 공개할 수 있는가에 대한 정보를 제공합니다. 자세히 읽어 보시기 바랍니다. 개인정보 취급방침은 변경될 수 있습니다. 변경 시, 귀하의 Baptist Health 제공자로부터 또는 당사 웹사이트(www.baptistfirst.org)를 방문하여 개정된 사본을 받으실 수 있습니다. 귀하의 개인정보 관련 권리에 대해 문의사항이 있으시면, 개인정보 취급방침 통지에서 연락처 정보를 찾으십시오.

정자체로 이름 기재(환자 이름)

서명(환자/보호자/책임당사자)

날짜

Baptist Health 기재란

당사는 개인정보 취급방침 통지에 대한 서면 접수 확인서를 받고자 하였으나, 아래와 같은 이유 중 하나로 인하여 확인서를 받지 못하였습니다.

_____ 개인이 서명하기를 거부함

_____ 응급상황으로 인하여 확인서를 받지 못함

_____ 기타

확인서를 받지 못한 이유를 간단하게 기재하십시오.
