



**ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
(ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES – SPANISH)**

Entiendo que Hoag Memorial Hospital Presbyterian y sus afiliados y proveedores afiliados (“Hoag”), pueden compartir mi información médica para operaciones de tratamiento, facturación y atención médica. Se me ha proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Hoag, la cual describe cómo se usa y comparte mi información médica. Entiendo que Hoag tiene derecho de cambiar este aviso en cualquier momento. Puedo obtener una copia adicional visitando el sitio web en www.hoag.org o comunicándome con el mostrador de registro del proveedor.

Acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de Hoag Memorial Hospital Presbyterian.

Nombre del Paciente: _____
(Patient's Name)

Firma del Paciente/Representante Legal: _____ Fecha: _____
(Patient/Legal Representative Signature) (Date)

Si esta firmado por otra persona que no sea el paciente, indique la relacion: _____
(If signed by other than patient, indicate relationship)

Imprima Nombre (Representante Legal): _____
(Print Name – Legal Representative)

INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT

Complete only if no signature is obtained. If it is not possible to obtain the individual's acknowledgement, describe the good faith efforts made to obtain the individual's acknowledgement, and the reasons why the acknowledgement was not obtained.

Reasons why the acknowledgement was not obtained:

- Patient or Legal Representative received Notice of Privacy Practices but refused to sign Acknowledgement of Receipt.
- Patient or Legal Representative unavailable to acknowledge receipt of Notice of Privacy Practices.
- Other: _____

Patient's Name: _____

Hoag Staff Print Name: _____ Signature: _____

Date: _____

HIPAA NOTICE OF PRIVACY

PS 1103-S

Rev 04/25/24



[7701]