

Westchester Park Pediatrics PLLC

Por este medio acuso recibo de la notificación de las prácticas de protección de la privacidad de **Westchester Park Pediatrics** (de aquí en adelante referido como BHP). Así mismo entiendo que si tuviese alguna pregunta acerca de las prácticas de protección de la privacidad de BHP o acerca de mis derechos sobre mi información médica personal, de acuerdo a lo expresado en esta notificación puedo

Nombre del Paciente: _____ Nombre del Encargado: _____
Firma del Paciente: _____ Firma del Encargo: _____
Fecha: _____ Relación con el Paciente: _____

DOCUMENTATION SUPPORTING GOOD FAITH EFFORT TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Patient Name:

I hereby certify that on / / I made a good faith effort to obtain the above patient's written acknowledgement of receipt of Westchester Park Pediatrics Notice of Privacy Practices, but I was unable to do so for the following reason(s):

Name of Staff Person (Please Print Name) _____
Signature of Staff Person _____ Date _____

NOTE: THIS DOCUMENT SHOULD BE MAINTAINED PERMANENTLY IN THE PATIENT'S MEDICAL RECORD OR OTHER FILE ON PROVIDER'S PREMISES.

