



Notice of Privacy Practices Acknowledgement

Family Care Network has a responsibility to protect the privacy of your health care information and to provide a Notice of Privacy Practices that describes how your health care information may be used and disclosed, how you can access your health care information, and whom to contact if you have questions, concerns, or complaints.

We may change the Notice of Privacy Practices at any time, and you may contact the front desk staff at your physician’s office to obtain a current copy of the Notice of Privacy Practices or to ask questions. It is also posted on our website at www.familycarenetwork.com/privacy.

By providing my signature, I agree that I have received the Notice of Privacy Practices of Family Care Network.

Printed name of patient DOB

Patient or legally authorized individual signature Date Time

Printed name (if signed on behalf of the patient) Relationship (parent, legal guardian, etc.)

Minor patient’s signature, if applicable Date Time

FOR OFFICE USE ONLY

Office staff complete below:

I have attempted to obtain the patient’s signature on this form, but was not able to obtain it for the reason(s) listed below:

Date: _____ Staff member initials: _____

Reason(s):



AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Family Care Network tiene la responsabilidad de proteger la privacidad de sus datos médicos y de proporcionar un aviso de prácticas de privacidad que describa cómo se utilizarán y divulgarán dichos datos, así como a quién contactar en caso de tener dudas, inquietudes o quejas.

El aviso de prácticas de privacidad está sujeto a cambios en cualquier momento. Usted puede ponerse en contacto con el personal de recepción del consultorio médico para obtener una copia actualizada del aviso de prácticas de privacidad o para resolver sus dudas. El aviso también está disponible en nuestro sitio web www.familycarenetwork.com/privacy.

Mi firma indica que he recibido el aviso de prácticas de privacidad de Family Care Network.

Nombre del paciente en letra de molde

Fecha de nacimiento

Firma del paciente o del representante legal

Fecha

Hora

Nombre en letra de molde (si se firmó en su representación)

Relación (padre, madre, tutor legal, representante personal)

Firma del paciente menor de edad, si corresponde

Fecha

Hora

EXCLUSIVAMENTE PARA USO INTERNO

Para ser llenado por el personal:

Intenté obtener la firma del paciente en el presente formulario, pero no fue posible por el (los) siguiente(s) motivos:

Fecha: _____ Iniciales del empleado: _____

Motivo:
