

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE(S) PRIVACY PRACTICES
RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Version of Butte County Public Health NPP: 1.1
Versión del aviso de las prácticas de privacidad NPP: 1.1

* I, _____, hereby acknowledge receipt of the following Notice(s) of
Patient/conservator/parent or legal guardian

Privacy Practices:

● Butte County Public Health Department □ CHDP Program □ Family PACT Program
From the Butte County Department of Public Health.

Yo, _____, por este medio reconozco haber recibido el Aviso de las Practicas de Privacidad
Paciente/tutor/padre o guardián legal
del Departamento de Salud Pública del Condado de Butte.

* Client Signature: _____ Date: _____
Firma Fecha

Indicate relationship if not signed by patient: _____
Indique el parentesco si no fue firmado por el paciente:

I have been offered a copy of the Notice(s) of Privacy Practices but do not wish to receive it at this time.
Se me ha ofrecido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad pero no deseo recibirlo ahora.

Client Signature: _____ Date: _____
Firma Fecha

Indicate relationship if not signed by patient: _____
Indique el parentesco si no fue firmado por el paciente:

Patient did receive the Notice(s) of Privacy Practices but did not sign this acknowledgement of receipt of said Notice because:

El paciente si recibió el Aviso de las Prácticas de Privacidad pero no firmo este reconocimiento de recibo de dicho Aviso porque:

- Patient left office before Acknowledgement could be signed.
El paciente salió de la oficina antes de que pudiera firmar el Aviso de las Prácticas de Privacidad.
- Patient does not wish to sign this form.
El paciente no desea firmar esta forma.
- Patient cannot sign this form. (Explain: _____)

OR

Patient did not receive Notice(s) of Privacy Practices because:

El paciente no recibió el Aviso de las Prácticas de privacidad porque:

- Patient required emergency treatment
El paciente requiere de tratamiento de emergencia
- Patient declined receipt of the Notice(s) of Privacy Practices and does not want to sign this form
El paciente se negó a recibir el Aviso de las Prácticas de Privacidad y no desea firmar esta forma.
- Other (explain: _____)
Otro (explique)

Staff Signature: _____ Date: _____

Firma Provider or Provider's representative (Proveedor O representante del proveedor) Fecha