



for teens and young adults

Affiliated with Boston Children's Hospital Physicians

Por este medio acuso recibo de la notificación de las prácticas de protección de la privacidad de **Boston Children's Health Physicians, LLP's** (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 Encargado:

Fecha:

Relación con el Paciente:

**DOCUMENTATION SUPPORTING GOOD FAITH EFFORT TO OBTAIN
ACKNOWLEDGMENT 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 acknowledgment of receipt of BHP's 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.

