
Last Name First Name MI

Date of Birth: ____/____/____

**RECONOCIMIENTO DEL RECIBO
DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DEL
“AVISO DE NORMAS DE
NORMAS DE PRIVACIDAD”**



Firmando abajo, estoy reconociendo que:

- Soy el paciente o el representante personal del paciente;
- He recibido una copia del “Aviso de Normas de Privacidad” Salud Publica del Condado de Macon;
- Entiendo que puedo contactar a la persona nombrada en el aviso si tengo preguntas sobre el contenido del aviso.

Firma del paciente o del padre/del guardián legal/de la persona legalmente responsable

Fecha

Descripción de la relación al paciente

Todos los números de teléfono proporcionados serán sujetos a recibir llamadas telefónicas de un sistema automático usando un mensaje pregrabado de voz artificial o un operador en vivo. Yo doy mi consentimiento explícito para recibir tales llamadas telefónicas, incluyendo cualquier llamadas al numero de teléfono celular que yo proporcioné.

Firma del paciente o del padre/del guardián legal/de la persona legalmente responsable

Fecha

Descripción de la relación al paciente

Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica u otra información necesaria para procesar esta reclamación de pago. Yo solicito pago de beneficios a Macon County Public Health y entidades asignadas o proveedores de servicios.

Firma del paciente o del padre/del guardián legal/de la persona legalmente responsable

Fecha

TO BE COMPLETED BY STAFF

Complete all applicable parts—Please refer to instructions

Part 1. Complete if signature requested but not obtained:

Staff member sought but was unable to obtain an acknowledgment from the patient or the patient's personal representative for the following reason:

- ☐ Patient/personal representative refused to sign form
☐ Other _____

Part 2. Complete if patient/personal representative unavailable to sign form on first date of service delivery:

☐ Form mailed/sent to patient/personal representative on _____
Date

Part 3. Complete if either Part 1 or Part 2 completed:

Signature of staff member

Date

1830 Lakeside Drive • Franklin, North Carolina, 28734 • 828-349-2081 • www.maconnc.org

Accredited by the NC Local Health Department Accreditation Board

S://Administrative Misc- Privacy Practices 2011 Spanish