

Notice of Privacy Practices Acknowledgement

Last Name / Apellido paterno	First Name / Nombre de pila	Middle Name / Segundo nombre
Social Security Number / Número de seguro social	Birth Date / Fecha de nacimiento	Gender / Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

By signing below, I acknowledge that I have received the HealthPoint Notice of Privacy Practices that describes how my health information may be used and disclosed and how I can access my information.

Signature of patient or guardian: _____

Date: _____

Recibo del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad

Al firmar abajo, acuso recibo del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad de HealthPoint que describe cómo se puede usar y revelar la información de mi salud y cómo yo puedo obtener acceso a mi información.

Firma del paciente o tutor: _____

Fecha: _____

[PATIENT LABEL HERE]