



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 recurrir al oficial encargado de la protección de la privacidad en BHP para obtener mas información.

\_\_\_\_\_  
 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: \_\_\_\_\_

Patient Identification #: \_\_\_\_\_

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.