



**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF PRIVACY NOTICE**

Partners HealthCare is an integrated health care system, which includes all the entities listed on the back of the Privacy Notice. These hospitals and entities, as well as the doctors, nurses, therapists, and other providers of health care who work in these organizations, are called "providers." These providers may share patient health information for treatment, billing, and health care operations.

**Federal law requires that all patients be given a copy of the Partners HealthCare Privacy Notice. The Privacy Notice describes in detail how patient health information is used and shared with others.**

Partners HealthCare has reserved the right to change the Privacy Notice at any time. You may obtain a current copy of the Privacy Notice by contacting the admitting office, the registration office, your doctor's office, or by going to the Partners' Web site ([www.partners.org](http://www.partners.org))

All reasonable efforts will be made to protect the privacy of patient health information, whether it is maintained on paper or electronically, and regardless of how it is communicated, for example, by e-mail or facsimile mail.

*I have been given a copy of the Partners HealthCare Privacy Notice.*

**Name (print):** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_

When patient is a minor, or is unable to give consent, the signature of a parent, guardian, or other representative is required.

Signature of Representative: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_ Relationship to patient: \_\_\_\_\_

**Office Use Only**

**Patient given Privacy Notice, however:**

Patient **refused or did not** sign Acknowledgement form

Patient **unable** to sign Acknowledgement form



**COMPROBANTE DE RECIBO DE:**  
**NOTIFICACIÓN SOBRE CÓMO SE USA Y**  
**COMPARTE LA INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL**  
**PROTEGIDA**

Spanish/Acknowledgement of Receipt of Privacy Notice

*Partners HealthCare* es un sistema integrado de atención médica, que abarca todas las entidades que aparecen en la lista en las últimas páginas de la Notificación. A estos hospitales y entidades, así como a los médicos, enfermeros(as), terapeutas y demás personal que trabajan en dichas entidades, se les denomina "proveedores". Estos proveedores pueden compartir información médica personal del paciente para tratamientos, cobros y pagos, y gestiones administrativas de la atención médica.

**La ley federal requiere que a todos los pacientes se les entregue una copia de la Notificación de *Partners HealthCare* sobre las normas de privacidad. La Notificación describe detalladamente cómo usamos y compartimos la información médica personal del paciente con otros.**

*Partners HealthCare* se reserva el derecho de cambiar la Notificación en cualquier momento. Usted puede obtener una copia actualizada de la Notificación en: la oficina de ingreso al hospital, la oficina del registro de pacientes, el consultorio de su médico o en el sitio Internet de *Partners* ([www.partners.org](http://www.partners.org)).

Haremos todo lo posible para proteger la privacidad de la información médica del paciente en cualquier medio que se conserve o transmita: impresa, en medios electrónicos, correo electrónico o telecopia (fax).

***Doy fe que se me ha entregado copia de la Notificación de *Partners HealthCare* sobre asuntos de privacidad.***

**Nombre (en letra de molde):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
Patient Name Date

**Número de paciente:** \_\_\_\_\_  
Patient Number

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
Patient Signature Date of birth

Si el paciente es menor de edad, o si no puede dar su consentimiento, debe firmar uno de los padres, tutor, o representante autorizado.

Firma del representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Authorized representative Date

Nombre (en letra de molde): \_\_\_\_\_  
Name

Parentesco o relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Relationship to patient

**Para uso de la oficina / Office Use Only**

**Patient given Privacy Notice, however:** Se le entregó la notificación al paciente, pero:

Patient refused or did not sign Acknowledgement form

El paciente rehusó firmar o no firmó el comprobante

Patient unable to sign Acknowledgement form

El paciente no apto para firmar el comprobante