



**Reconocimiento de Recibo  
de  
NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Por la presente, reconozco que he recibido, en la fecha indicada abajo, una copia de la "**Notificación de Prácticas de Privacidad**" del Sistema de Salud WellStar para Información Protegida de Salud.

\_\_\_\_\_  
Fecha de Recibo

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente en Letra Imprenta

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante Autorizado en Letra Imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Personal Autorizado

\_\_\_\_\_  
Por Favor Indique su Relación con el Paciente

**SOLAMENTE PARA USO DEL PERSONAL DEL SISTEMA DE SALUD WELLSTAR**

**For use by WellStar Personnel Only**

*(complete this section if patient acknowledgement is **not** received)*

**An Acknowledgment of Receipt of Notice of Privacy Practices was not received because:**

- Patient refused to sign Acknowledgment
- Unable to gain signed Acknowledgment due to communication / language or other barrier
- Patient was unable to sign Acknowledgment due to emergency treatment situation
- Other *(please indicate reason):* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of WellStar Representative

\_\_\_\_\_  
Date

**WellStar Medical Group**

**Acknowledgment of Receipt of  
Notice of Privacy Practices - Spanish**

