



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.