

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

ACKNOWLEDGEMENT

(Spanish Language)

RECONOCIMIENTO NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido una copia de las *Prácticas de Privacidad* de VUMC. Entiendo que VUMC tiene el derecho a cambiar las *Prácticas de Privacidad* de tiempo a tiempo y que yo puedo comunicarme con VUMC en cualquier momento para obtener una copia de la *Notificación* más reciente de las *Prácticas Privadas*.

Nombre del Paciente (en letra de molde) _____

Firma del paciente/ _____
Representante Legal

Relacion al Paciente _____

Fecha _____

FOR OFFICE USE ONLY/USO PARA LA OFICINA

PRINT PLEASE

I have attempted to obtain the patient's signature on this form, but was not able to for the following reason:

Date:

Please document the reasons you were unable to obtain the signature.

Initials: