



\_\_\_\_\_  
Last Name            First Name    MI

**RECONOCIMIENTO DEL RECIBO  
DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DEL  
“AVISO DE NORMAS DE  
NORMAS DE PRIVACIDAD”**

Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firmando abajo, estoy reconociendo que:

- Soy el paciente o el representante personal del paciente;
- He recibido una copia del “Aviso de Normas de Privacidad” Salud Publica del Condado de Macon;
- Entiendo que puedo contactar a la persona nombrada en el aviso si tengo preguntas sobre el contenido del aviso.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del padre/del guardián legal/de la persona legalmente responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Descripción de la relación al paciente

\_\_\_\_\_  
Todos los números de teléfono proporcionados serán sujetos a recibir llamadas telefónicas de un sistema automático usando un mensaje pregrabado de voz artificial o un operador en vivo. Yo doy mi consentimiento explícito para recibir tales llamadas telefónicas, incluyendo cualquier llamadas al numero de teléfono celular que yo proporcioné.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del padre/del guardián legal/de la persona legalmente responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Descripción de la relación al paciente

Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica u otra información necesaria para procesar esta reclamación de pago. Yo solicito pago de beneficios a Macon County Public Health y entidades asignadas o proveedores de servicios.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del padre/del guardián legal/de la persona legalmente responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

**TO BE COMPLETED BY STAFF**

**Complete all applicable parts—Please refer to instructions**

*Part 1. Complete if signature requested but not obtained:*

Staff member sought but was unable to obtain an acknowledgment from the patient or the patient’s personal representative for the following reason:

- Patient/personal representative refused to sign form
- Other \_\_\_\_\_

*Part 2. Complete if patient/personal representative unavailable to sign form on first date of service delivery:*

Form mailed/sent to patient/personal representative on \_\_\_\_\_  
Date

*Part 3. Complete if either Part 1 or Part 2 completed:*

\_\_\_\_\_  
Signature of staff member

\_\_\_\_\_  
Date

**1830 Lakeside Drive • Franklin, North Carolina, 28734 • 828-349-2081 • [www.maconnc.org](http://www.maconnc.org)**

*Accredited by the NC Local Health Department Accreditation Board*

S://Administrative Misc- Privacy Practices 2011 Spanish