

(Place MR Label Here)

MR#:

Patient's Name:

Patient's Address:



Acuse de Recibo del Aviso de Privacidad

Al firmar este formulario, sólo acepta que ha recibido una copia de la
Aviso de prácticas de privacidad de UAMS.

Firma del paciente

Fecha

Tiempo

Escriba el nombre del Representante Legal (si aplica)

Firma del representante legal

Si el Representante Legal, autoridad del Representante Legal de _____
(como padres de un menor, tutor, administrador de la finca fallecida, abogado en hecho
designado con poder o salud proxy)

STAFF USE ONLY (SÓLO PARA USO PERSONAL)

We provided the Notice of Privacy Practices and attempted to obtain written acknowledgment
but acknowledgment could not be obtained because:

Patient or Legal Representative declined to sign the Acknowledgment of Receipt.

Other (please specify) _____

Printed Name of Employee Completing Form

Date

Time

Signature of Employee Completing Form

UAMS Location

