

(Place MR Label Here)
MR#:
Patient's Name:
Patient's Date of Birth:



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 o representante legal

Fecha

Tiempo

Escriba el nombre del Representante Legal (si aplica)

Si el Representante Legal, autoridad del Representante Legal de _____
(como padres de un menor, tutor, administrado 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) _____

Signature of Employee Completing Form

Date

Time

Print Name of Employee Completing Form

UAMS Location

