



NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT

Patient Name (please print): _____ D.O.B.: _____

By signing this form, you acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practice of Family Care Specialists (FCS) Medical Incorporation. Our Notice of Privacy Practices information is about how we may use and disclose your protected health information. We encourage you to read it in full.

Our Notice of Privacy Practice is subject to change. If we change our notice, you may obtain a copy of the revised notice by accessing our website: <http://www.fcsmg.com/forms> or ask the office receptionist for a copy. We will make every effort to provide you with a copy of the updated Notice of Privacy Practices upon your first office visit or after any new Privacy Practices are implemented.

If you have any questions about our Notice of Privacy Practices, please contact our Privacy Officer.

I _____, acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices of Family Care Specialists (FCS) Medical Incorporated.
(Print name of Patient/Parent/Conservator/Guardian)

Signature: _____ Date: _____

INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT

To be completed if no signature is obtained. If it is not possible to obtain the individual's acknowledgement, describe the good faith efforts made to obtain the individual's acknowledgement, and the reasons why the acknowledgement was not obtained:

Signature of health care provider representative:

_____ Date: _____



Aviso de Practicas de Privacidad Reconocimiento de Recibido

Nombre De Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Al firmar esta forma, usted da su reconocimiento de recibir las condiciones de este aviso que describe las Practicas de Privacidad de Family Care Specialists (FCS) Medical Corporation. Nuestro aviso sobre Prácticas de Privacidad da información sobre las circunstancias en cual podríamos revelar su información médica privada (confidencial) Le recomendamos que lea este aviso cuidadosamente y completamente.

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia del aviso revisado por acceder a nuestro sitio web: <http://www.fcsmg.com/forms> o solicitar una copia a la recepcionista de la oficina. Haremos todo lo posible por proporcionarle una copia actualizada del aviso de Prácticas de Privacidad sobre su primera visita al consultorio o después de cualquier nueva práctica de privacidad se aplican.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad.

Yo, _____, doy mi reconocimiento de recibo de este Aviso Prácticas de Privacidad de Family Care Specialists (FCS) Medical Corporation.

Firma: _____ Fecha _____

INHABILIDAD DE OBTENER RECONOCIMIENTO

Para ser completado si la firma no fue obtenida. Si no fue posible obtener la firma y consentimiento del individuo, describa los esfuerzos de buena fe para obtener el reconocimiento de la persona y las razones por que no se obtuvo el reconocimiento:

Firma del representante del proveedor de atención medica: _____ Fecha _____