
Print patient name

Date of birth

**ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF PRIVACY NOTICE OF
FAMILY FIRST HEALTH**

This form is an acknowledgment of the receipt of the Notice of Privacy Practices of Family First Health.

I acknowledge that I have received a copy of the Notice of Privacy Practices (“Notice”) of Family First Health.

I acknowledge that I received a copy of this Notice at the time I received services from the Provider.

If I have questions regarding the Notice, I may contact the Provider and ask for the Privacy Official **located at 116 South George Street, Suite 301, York, PA 17401 or by calling (717) 801-4806.**

1. My individually identifiable health information may be used and disclosed to carry out treatment, payment, or health care operations

a. **I give permission for Family First Health to release protected health information (PHI) to the following individuals.**

Name

Relationship

Name

Relationship

2. The Notice of Privacy Practices provides a more complete description of the types of uses and disclosures. I have the right to request a copy of the Notice from the Provider.

3. The terms of the Notice may change at any time. If the Notice is changed, I may contact the Privacy Official identified above to request a Notice.

Signature of patient or
patient's representative: _____ Date: _____

Printed name of patient's representative: _____

Relationship to the patient: ___ Parent ___ Legal Guardian ___ Power of Attorney

Family First Health will retain this “Notice” and “Acknowledgment” for six (6) years from the signature date on this form.

Nombre de Paciente

Fecha de Nacimiento

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LA NOTIFICACION DE PRIVACIA DE "FAMILY FIRST HEALTH"

Esta forma es la confirmación del recibo de la Notificación de la Privacía Privada de "Family First Health".

Yo reconosco que he recibido una copia de la Notificación de la Privacía Privada (notificación) de "Family First Health".

Yo reconosco que he recibido una copia de la Notificación al momento que yo recibí servicios por un proveedor.

Si tengo preguntas concerniente a esta Notificación, yo puedo comunicarme con mi proveedor y preguntar por el Oficial de Privacía localizado en el **116 South George Street, Suite 301, York, PA 17401 o llamando al 717-801-4806.**

1. Mi información de salud identificable puede ser usada y divulgada para tratamiento, pagos u operaciones de cuidado de salud.

a. Yo, autorizo a Family First Health a desatar informacion protegido de mi salud a los siguientes individuos:

Nombre

Parentesco

Nombre

Parentesco

2. La Notificación de Privacía Privada provee una descripción más completa de los tipos de usos y divulgaciones. Yo tengo el derecho de requerir una copia de la Notificación de mi Proveedor.

3. Los términos de la notificación pueden cambiar en cualquier momento. Si la notificación es cambiada, Yo debo contactar al Oficial de Privacía identificado arriba para requerir una notificación.

Firma del Paciente o

Representante: _____ Fecha _____

Nombre en letra de molde del representante: _____

Relación con el paciente _____ Padre _____ Encargado Legal _____ Custodiante Legal

"Family First Health" mantendra esta Notificación y Reconocimiento por seis (6) años de la fecha en que fue firmada.