

PATIENT ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (HIPAA)

Kinal Dental
5519 Mission Rd suite a, Bonsall, CA 92003
Phone: (760) 536-3094

ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT

I acknowledge that I have been provided with a copy of the **Notice of Privacy Practices**, which describes how my medical and/or dental information may be used and disclosed, and how I may access my information.

I understand that:

-
- The Notice explains my rights under the **Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)** and applicable state law;
- The Notice describes the practice's legal duties and privacy practices regarding my protected health information (PHI);
- I may request a paper copy of the Notice at any time, even if I previously agreed to receive it electronically.

I understand that the Notice of Privacy Practices is **not a consent or authorization** to use or disclose my health information, but an acknowledgment that I have received the Notice.

PATIENT INFORMATION

Patient Name (Print): _____

Patient Signature: _____

Date: _____

LEGAL REPRESENTATIVE (If Applicable)

If signed by a personal representative (e.g., parent, legal guardian, power of attorney):

Name of Representative: _____

Relationship to Patient: _____

Signature of Representative: _____

Date: _____

FOR OFFICE USE ONLY — DOCUMENTATION OF GOOD-FAITH EFFORT

(Required if acknowledgment is not obtained)

☐ Patient refused to sign acknowledgment

☐ Patient was unable to sign acknowledgment

Reason (if known):

Staff Member Name (Print): _____

Staff Signature: _____

Date: _____

IMPORTANT NOTICE

The practice will **not retaliate** against any individual for refusing to sign this acknowledgment or for exercising any rights under HIPAA or applicable state law.

ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA)

Kinal Dental
5519 Mission Rd suite a, Bonsall, CA 92003
Phone: (760) 536-3094

ACUSE DE RECIBO

Reconozco que se me ha proporcionado una copia del **Aviso de Prácticas de Privacidad**, el cual describe cómo mi información médica y/o dental puede ser utilizada y divulgada, y cómo puedo acceder a mi información.

Entiendo que:

- El Aviso explica mis derechos conforme a la **Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)** y la ley estatal aplicable;
- El Aviso describe las obligaciones legales y las prácticas de privacidad de la práctica con respecto a mi información de salud protegida (PHI);
- Puedo solicitar una copia impresa del Aviso en cualquier momento, incluso si anteriormente acepté recibirlo electrónicamente.

Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad **no es un consentimiento ni una autorización** para usar o divulgar mi información de salud, sino un acuse de recibo de que he recibido el Aviso.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente (en letra de molde): _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

REPRESENTANTE LEGAL (SI APLICA)

Si este documento es firmado por un representante personal (por ejemplo, padre/madre, tutor legal, poder legal):

Nombre del Representante: _____

Relación con el Paciente: _____

Firma del Representante: _____

Fecha: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA — DOCUMENTACIÓN DEL ESFUERZO DE BUENA FE

(Requerido si no se obtiene el acuse de recibo)

☐ El paciente se negó a firmar el acuse de recibo

☐ El paciente no pudo firmar el acuse de recibo

Motivo (si se conoce): _____

Nombre del Empleado (en letra de molde): _____

Firma del Empleado: _____

Fecha: _____

AVISO IMPORTANTE

La práctica **no tomará represalias** contra ninguna persona por negarse a firmar este acuse de recibo ni por ejercer cualquier derecho conforme a HIPAA o la ley estatal aplicable.