

JOHNS HOPKINS INSTITUTIONS

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
ACUSO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

I acknowledge that I have received a copy of the Johns Hopkins Notice of Privacy Practices.
Reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Johns Hopkins.

Patient Name:

Nombre del paciente: _____
(first/ *Primer nombre*) (m. initial/ *Inicial del segundo nombre*) (last/ *Apellido*)

Signature: _____ **Date:** _____
Firma: _____ **Fecha:** _____

Medical Record #: _____
Historia médica: _____

Birth Date: _____
Fecha de nacimiento: _____

If you are NOT the patient but are signing on behalf of the patient complete the following:
Si Ud. NO es el paciente, pero está firmando a nombre del paciente, llene lo siguiente:

I, _____, confirm that I am the representative for the patient
Yo (insert your name/ *Escriba su nombre arriba*) **confirmando que soy el representante del paciente,**

based on the following relationship to the patient:
basándome en que tengo la siguiente relación con el paciente:

(state relationship, for example—parent, spouse, guardian)
(Indique la relación, por ejemplo: padre/madre, cónyuge, tutor)

Representative's Signature: _____ **Date:** _____
Firma del representante: _____ **Fecha:** (Required/ *Requerida*)

Address: _____ **Phone:** _____
Dirección: _____ **Teléfono:** _____