



**CONDADO DE ROCK, WISCONSIN**  
**AVISO DE PRÁCTICAS DE PROTECCIÓN DE LA**  
**INFORMACIÓN PRIVADA**

**ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PROTECCIÓN**

Al firmar esta acuse, usted afirma que el Condado de Rock le ha dado una copia de su Aviso de Prácticas de Protección de la Información Privada, cual explica cómo va ser usada su información médica protegida en diferente situaciones y explica sus derechos para obtener y modificar su información. A partir del 14 de abril del 2003, tenemos la obligación de pedirle que firme este acuse. Esto incluye la situación el cual el primer día de servicio fue electrónico o por teléfono. Si su primer día de servicios fue debido a una emergencia, tenemos la obligación de entregarle este aviso y obtener su firma en este acuse lo mas pronto posible después de la emergencia.

<p><b><u>For office use only (please print):</u></b>  <b>Uso para el personal únicamente:</b></p> <p><b>Client Name:</b> _____</p> <p><b>Record #:</b> _____</p> <p><b>Department:</b> <input type="checkbox"/> Human Services Department  <input type="checkbox"/> Public Health  <input type="checkbox"/> Rock Haven Nursing Home</p> <p><b>Date of Service:</b> _____</p>
--

Si tiene preguntas o desea hablar con alguien sobre la privacidad de su información médica protegida, o sobre sus derechos tal cómo han sido especificados en este aviso, o si ha recibido este aviso por correspondencia y tiene algunas preguntas, por favor comuníquese con el Funcionario Encargado de la Información Privada del Departamento donde recibió servicios. Una lista de Funcionarios Departamentales de HIPAA (siglas en inglés) se provee en el Aviso de Prácticas de Protección de la Información Privada.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Cliente o Representante Legal Autorizado

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Parentesco al Cliente

**To be completed by Rock County staff if Acknowledgment Form is not signed:**

**Debe de ser llenado por el personal del Condado de Rock si el Acuse no es firmado por el cliente:**

- Does the client have a copy of the Privacy Notice?  Yes  No  
 ¿A recibido el cliente una copia del Aviso de Prácticas de Protección de La Información Privada?
- Please explain why the client was unable to sign an acknowledgement form and Rock County's efforts in trying to obtain the client's signature:  
 Por favor explique el motivo por cual el cliente no pudo firmar el Acuse y el esfuerzo del personal del Condado de Rock en tratar de obtener la firma del cliente:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Staff Person's Signature (Firma del Personal del Rock)

\_\_\_\_\_  
 Date Signed (Fecha)

\_\_\_\_\_  
 Staff Person's **Printed** Name (Nombre en letra molde del Personal de Rock)

Original: Department File    Copy: Client