



ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

By signing this form, you acknowledge receipt of the *Notice of Privacy Practices* that I have given to you. *North Marin Community Services Notice of Privacy Practices* provides information about how we may use and disclose your protected health information. I encourage you to read it in full.

I have read and understand the *Notice of Privacy Practices* of North Marin Community Services.

Print Name: _____

Signature: _____
(Client/Parent/Conservator/Guardian)

Date: _____

INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

I made good faith attempts to obtain my client's acknowledgment of his or her receipt of my *Notice of Privacy Practices* including _____

However because of _____

I was unable to get my client's acknowledgment.

(Signature of Provider)

(Date)



NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar esta forma usted reconoce haber recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad del North Marin Community Services (NMCS) que yo le he entregado. La Notificación provee información sobre las maneras en que podemos usar y divulgar su información médica personal protegida. Por favor, revísela detenidamente.

He leído y comprendo la Notificación de Prácticas de Privacidad del NMCS.

Nombre (en letra de molde): _____

Firma: _____
(madre/padre/guardián legal)

Fecha: _____

FALTA DE CAPACIDAD PARA OBTENER EL RECONOCIMIENTO DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Atestigo en buena fe que hice esfuerzos para obtener el reconocimiento de mi cliente de la Notificación de Prácticas de Privacidad, incluyendo _____

Sin embargo, a causa de _____

No me ha sido posible obtener el reconocimiento de mi cliente.

(Firma del proveedor de servicios)

(fecha)