



Carolinan Physicians Network
Carolinan HealthCare System

ACKNOWLEDGEMENT FORM

Medical Records # _____

Patient's Name: _____ Date of Birth ____/____/____
Day Month Year

We are required by law to provide you with our Notice of Privacy Practices which explain how we use and disclose your health information. We are also required to obtain your signature acknowledging that this notice has been made available to you.

Signature: _____ Date: _____
(Patient or Authorized Representative)

Relationship to Patient: _____ Self _____ Spouse _____ Other _____

Reason Patient Unable/Unwilling to Sign: _____

ACKNOWLEDGEMENT FORM

DOCUMENTO DE RECONOCIMIENTO DE CAROLINAS PHYSICANS NETWORK

Numero de Registro Medico _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Dia Mes Ano

La ley nos requiere que nosotros le proveamos a usted con nuestro Aviso de Practicas de Privacidad las cuales explican como podemos usar y divulgar su informacion medica. La ley tambien nos requiere que obtengamos su firma, reconociendo que este aviso lo hemos hecho disponible para usted.

Firma: _____ Fecha: _____
(Paciente o Representante Autorizado)

Relacion al Paciente: _____ Mismo _____ Esposo (a) _____ Otro _____

Razon Por la Cual El Paciente No Puede/No Desea Firmar: _____