

Acknowledgement of Receipt of Privacy Practices

I, (please print) _____
(client/consumer's name)

acknowledge that I have received a Notice of Privacy Practices from the above-named facility.

Signature: _____ Date: _____

If an individual other than the client/consumer signs this acknowledgement on behalf of the individual, complete the following:

Personal Representative's Name (Parents Included): _____

Relationship to the client/consumer: _____

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE WALWORTH
W4051 County rd NN, PO Box 1005, Elkhorn, WI 53121
(262) 741-3200 (800) 365-1587 FAX (262) 741-3217 TTY (262) 741-3255

Reconocimiento de Información de Prácticas de Privacidad (Acknowledgement of Receipt of Privacy Practices)

YO, (use letra de molde) _____ Fecha de nacimiento o No. de SS : _____
(nombre del cliente)

reconozco que he recibido una Notificación sobre las Prácticas de Privacidad de la agencia mencionada arriba.

Firma: _____ Fecha: _____

Si alguna otra persona aparte del cliente firma este Reconocimiento complete lo siguiente:

Nombre del Representante (Incluya los padres): _____

Parentesco con el cliente: _____