

*ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT  
OF  
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES AND CONSENT FOR THE USE/DISCLOSURE OF  
HEALTH  
INFORMATION FOR TREATMENT, PAYMENT, OR HEALTHCARE OPERATIONS*

I acknowledge that I have received a copy of West Idaho Orthopedics Notice of Privacy Practices. This consent is required by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996 to inform you of your rights and responsibilities with respect to your protected health information (PHI).

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient/Patient Representative

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient

Additional Authorized names to receive protected health information and/or written prescriptions:

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

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE  
PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE  
INFORMACIÓN DE SALUD PARA EL TRATAMIENTO, PAGO, O OPERACIONES DE  
ATENCIÓN A LA SALUD**

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad West Idaho Orthopedics. Este consentimiento es requerido por la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1996 para informarle de sus derechos y responsabilidades con respect a la información Médica protegida (PHI)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/Representante del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente

Nombres adicionales autorizados para recibir información de salud protegida o recetas de medicamentos:

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