**Acknowledgement of Receipt**

**“Notice of Privacy Practices” and “Patient and Center Rights & Responsibilities”**

I have read a copy of the El Centro de Corazón’s “Notice of Privacy Practices” and the “Patient and Center Rights & Responsibilities,” which explains both how my health information will be used and disclosed and my rights and responsibilities as an El Centro de Corazón patient, respectively. I understand that a copy of this information can be obtained on the website at [www.elcentrodecorazon.org](http://www.elcentrodecorazon.org).

Patient Full Name Date

Patient Signature

If completed by a patient’s personal representative or if patient is a minor, please print and sign name in the space below.

Full Name Relationship

Signature Date

**Acuse de recibo**

**“Aviso de prácticas de privacidad” y**

**“Derechos y responsabilidades del paciente y del** **centro”**

He leído una copia del “Aviso de prácticas de privacidad” de El Centro de Corazón y los “Derechos y responsabilidades del paciente y del centro”, que explican cómo se usará y divulgará mi información de salud y mis derechos y responsabilidades como miembro de El Centro de Paciente Corazón, respectivamente. Entiendo que se puede obtener una copia de esta información en el sitio web en [www.elcentrodecorazon.org](http://www.elcentrodecorazon.org).

Nombre completo del paciente Fecha

Firma del Paciente

Si lo completa el representante personal de un paciente o si el paciente es menor de edad, imprima y firme su nombre en el espacio a continuación.

Nombre Completo Relación

Firma Fecha