

**ACUSO DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD
(Privacy Notice Acknowledgement - Spanish)**

Al firmar la presente, acuso recibo de la *Notificación de la Política de Privacidad* del Departamento de Salud Pública de Madison y el Condado de Dane.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Escriba su nombre en letras imprenta:

Si esta autorización la firma una persona en representación del participante, por favor complete los siguientes datos:

Nombre del representante: _____

Relación con el Participante: _____

Envíelo a: Privacy Officer
Public Health-Madison and Dane County
210 Martin Luther King Jr. Blvd., Rm. 507
Madison, WI 53703-3346

POR TELÉFONO

"Las leyes federales de privacidad exigen que se le entregue una copia de nuestra política de privacidad. Esta copia provee información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información médica y cómo usted puede acceder a esta información.

¿Desea recibir una copia de nuestra "*Política de Privacidad*" por correo?

**ACKNOWLEDGEMENT OF
“PRIVACY PRACTICES NOTICE” - NOT OBTAINED**

Client Name: _____

Staff must document why the individual did not sign the notice acknowledgement. Staff should document below the good faith effort to obtain this acknowledgement and indicate whether the individual refused or was unable to sign the acknowledgement:

_____.

I attest that the above information is correct.

Signature

Date

Print Name

Title