



Greenleaf Medical Associates

401 S. Greenleaf St, Ste 1, Park City, IL 60085
565 Lakeview Pkwy, Ste 100-C, Vernon Hills, IL 60061
Ph (847)662-0978 / Fx (847)662-1395
www.greenleafmedical.com

Acknowledgment of Receipt of Notice of Privacy Practices

Patient's Name/Nombre del Paciente

Date of Birth/Fecha de Nacimiento

I hereby acknowledge that I have been provided with a copy of Greenleaf Medical Associates, S. C. Notice of the Privacy Practices. The notice contains information regarding potential uses and disclosures of my protected health information that may be made by the practice. Privacy Practices also contain my right and the Practice's legal duties with respect to my protected health information. I have had the opportunity to review the notice and take a copy with me if I choose to do so. (Defined under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 "HIPAA")

Please be advised that according to "HIPAA" we are unable to release any medical information to any person(s) who are not actively partaking in your health care. Please list the person(s) below whom we are authorized to release your medical information to (ex: lab results, make/cancel appointments, pick up anything at the office for you, etc)

Por lo presente reconozco que se me ha proporcionado una copia del Aviso de las Practicas de Privacidad y Confidencialidad del Greenleaf Medical Associates, S. C. El aviso contiene informacion sobre los posibles usos y divulgaciones de mi informacion protegida de salud que pueden ser hechas por la practica. Practicas de Privacidad y Confidencialidad tambien contienen mis derechos y obligaciones legales de la practica con respecto a mi informacion de salud protegida. He tenido la oportunidad de revisar la notificacion y una copia conmigo si decido hacerlo. (Definido por la Ley HIPAA de Practicas de Privacidad y Confidencialidad.

Tenga en cuenta que de acuerdo con "HIPAA" no podemos dar informacion medica a cualquier persona(s) que no esten participando activamente en su atencion medica. Por favor anote la persona(s) abajo con los cuales estamos autorizados a reveler su informacion medica (por ejemplo: resultados de laboratorios, hacer/cancelar citas, recoger cualquier cosa en la oficina para usted, etc)

1. _____

2. _____

3. _____

Patient's Signature/Firma de Paciente

Date/Fecha